UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1964

N° 72

ASPECTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES CÉNESTOPATHIES

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

présentée et soutenue publiquement en juin 1964

par

Jean-Claude COLOMBEL

MEMBRES DU JURY

MM. GÉRAUD	*Président*
PLANQUES GREZES-RUEFF LABOUCARIE	*Assesseurs*
RASCOL	*Suppléant*

IMPRIMERIE PIERRE FARRÉ, FOIX

1964

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547605_0056

ASPECTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES CENESTOPATHIES

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1964 N° 72

ASPECTS CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES DES CÉNESTOPATHIES

THESE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

présentée et soutenue publiquement en juin 1964

par

Jean-Claude COLOMBEL

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

MEMBRES DU JURY	MM. GÉRAUD	*Président*
	PLANQUES GREZES-RUEFF LABOUCARIE	*Assesseurs*
	RASCOL	*Suppléant*

IMPRIMERIE PIERRE FARRÉ, FOIX

1964

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

DOYEN	MM. Lazorthes
1er ASSESSEUR	Blanc
2ème ASSESSEUR	Sorel
DOYENS HONORAIRES	Gorse, Calvet, Lefebvre, Brustier

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Ribaut, Vallois, Tapie, Delas, Riser, Bounhoure, Bugnard.

Section Médecine

PROFESSEURS

Clinique médicale	MM. Mériel
Clinique médicale	Gadrat
Clinique chirurgicale et gynecologique	Fabre Pierre
Clinique chirurgicale et du cancer	Grimoud
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Virenque
Clinique des maladies cutanees et syphilitiques	Bazex
Clinique des maladies de la tuberculose et path. interne	Morel
Clinique des Maladies des voies urinaires	Lhez
Clinique médicale infantile et puériculture	Sorel
Clinique médicale de la première enfance	Bardier
Clinique de neuro-chirur.	Lazorthes
Clinique neurologique et psychiatrique	Géraud
Clinique obstétricale	Guilhem Paul
Clinique odonto-stomatologique	Cadenat
Clinique ophtalmologique	Calmettes
Clinique O.R.L. et chirurgie maxillo-faciale	Calvet
Clinique rhumatologique	Ruffié René
Clinique traumatologique des membres	Rieunau
Accouchement et obstétricie sociale	Pontonnier
Anatomie	N...
Anatomie appliquée	Poulhès
Anatomie pathologique	Fabre Jacques
Bactériologie, Hygiène et médecine sociale	Andrieu
Biophysique médicale	Auvergnat
Chimie biologique	Valdiguié
Electro-radiologie	Marquès
Embryologie générale	Broussy Jean
Histologie	Bimes
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Darnaud
Médecine légale et médecine du travail	Planques
Médecine sociale	Monnier
Parasitologie	Bouisset
Pathologie chirurgicale	Dambrin
Pathologie générale et médecine expérimentale	Sandrail
Physico-chimie	Thomas
Physiologie	Laporte Yves
Physiologie appliquée et pharmacologie	Baisset
Propédeutique médicale	Laporte Jacques
Thérapeutique	Dardenne

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Anatomie générale et comparée	M. Coulouma
Bactériologie	Mme Enjalbert
Biochimie médicale	MM. Douste-Blazy
Maladies infectieuses	Armengaud
Oto-Rhino-Laryngologie	Claux
Pathologie médicale	Boulard
Pathologie chirurgicale	Lagrot
Physique médicale	Bru

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie et Embryologie	MM. Planel
Ophtalmologie	Déodati
Parasitologie	Ruffié Jacques
Physiologie	Montastruc

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Anatomie	MM. Bastide
Anatomie pathologique	Bouissou
Anesthésiologie	Lareng
Carcinologie	Estrade
Chirurgie générale	Enjalbert
Chirurgie générale	Gedéon
Chirurgie générale	Sarrazin
Chirurgie générale	Souquet
Electroradiologie	Pons
Hématologie	Ducos
Histologie et embryologie	Guilhem André
Pathologie expérimentale	Gleizes
Physiologie	Bessou
Physique médicale	Commanay
Pneumo-phtisiologie	Miguères

AGREGES

Médecine générale	MM. Ribaut
Médecine générale	Calazel
Médecine générale	Rascol
Médecine générale	Le Tallec
Médecine générale	Ribet
Chirurgie générale	Ficat
Chirurgie générale	Pasquié
Chirurgie générale	Gaubert
Dermathologie et syphiligraphie	Dupre
Hydrologie	Denard
Médecine légale	Grèzes-Rueff
Neurochirurgie	Espagno Jacques
Neurologie et psychiatrie	Gayral
Obstétrique	Espagno Guy
Ophtalmologie	Bec
Pneumo-phtisiologie	Delaude

AGREGES LIBRES

Anatomie	MM. Thomas
Pathologie chirurgicale	Dieulafé

Section Pharmacie

PROFESSEURS

Botanique et cryptogamie	Mme Dulucq-Mathou
Chimie analytique, toxicologie et hygiène indus.	MM. Bourbon
Chimie pharmaceutique	Blanc
Matière médicale	Vincent
Pharmacie chimique et pharmacodynamie	Caujolle
Pharmacie galénique	Tanislas
Zoologie	Roux

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Botanique	MM. Roques
Pharmacie	Couturier
Sciences naturelles	Mme Caujolle

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Microbiologie	MM. Breuillaud
Sciences physiques	Pitet

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Toxicologie	M. Broussy Georges

Personnel administratif

Secrétaire principal	MM. Roche
Secrétaire	Berrut

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats

(Délibération en date du 12 mai 1891).

A LA MEMOIRE TRES CHERE DE MA GRAND-MERE

En souvenir affectueux de sa tendre sollicitude et de son infinie douceur pour mes premières années

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

Le Docteur François Rouzaud

A MON GRAND-PERE

Que ce travail soit le faible témoignage de ma très grande affection

A MON PERE ET A MA MERE

Je vous dédie cette thèse, humble témoignage de mon profond amour filial et de ma grande reconnaissance, pour tous les soucis et les lourds sacrifices que vous vous êtes imposés afin de me permettre de devenir ce que je suis.

A MA FEMME

A MON FILS

A MES BEAUX-PARENTS

Avec mon affectueux attachement.

A TOUTE MA FAMILLE ET MA BELLE-FAMILLE

A MES AMIS

A MON GRAND-ONCLE

Monsieur le Docteur Pierre Bénazet

A MON ONCLE

Le Médecin-Colonel Pierre Rouzaud

A MES COUSINS

Monsieur et Madame Jean Bénazet
Docteurs en Médecine

Qui ont été pour moi de précieux modèles. En gage de ma particulière affection.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GERAUD

Professeur de Clinique Neurologique et Psychiatrique

Médecin des Hôpitaux

Membre titulaire de la Société Française de Neurologie

Chevalier de la Légion d'Honneur

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur PLANQUES

Professeur de Médecine Légale et de Médecine du Travail

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur

Monsieur le Professeur GREZES-RUEFF

Professeur Agrégé de Médecine Légale

Monsieur le Professeur LABOUCARIE

Chargé de Cours de Psychiatrie à la Faculté

Monsieur le Professeur RASCOL

Professeur Agrégé à la Faculté

AVANT-PROPOS

Monsieur le Professeur GERAUD *nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Il nous a toujours accueilli avec bienveillance dans son service, et a bien voulu nous compter au nombre de ses élèves.*

Nous tenons à lui exprimer ici notre vive gratitude et notre respectueuse admiration pour la rigueur et la clarté de ses leçons cliniques, sa bonté et ses profondes qualités humaines.

Monsieur le Professeur PLANQUES *nous a toujours témoigné un bienveillant intérêt. Son enseignement et les solides principes qu'il a su nous inculquer nous ont profondément marqué. Que ce travail soit un témoignage pour l'éducation médicale qu'il nous a donnée. Nous lui exprimons notre respectueux attachement.*

Monsieur le Professeur GREZES-RUEFF *a bien voulu accepter de siéger à notre thèse. Nous le remercions pour les conseils amicaux et l'enseignement nuancé que nous avons reçus de lui au cours de nos années d'études.*

Monsieur le Docteur LABOUCARIE *a bien voulu nous confier ce travail. Par son précieux enseignement, riche et élégant il est venu éclairer quotidiennement la découverte enthousiasmante de notre métier. Il a bien voulu nous diriger et nous encourager avec une inlassable bienveillance dans nos premiers pas sur cette voie plus spécialisée. Il nous est difficile de lui exprimer ici notre profonde admiration ainsi que toute notre gratitude.*

Monsieur le Professeur RASCOL *nous a fait bénéficier de sa brillante érudition; nous lui en sommes très reconnaissant et le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.*

Nous tenons enfin à remercier très vivement nos Maitres dans les hopitaux, *envers qui nous sommes redevables, et tout particulièrement :*

— *Monsieur le Professeur Agrégé GAYRAL, auprès de qui nous avons trouvé un enseignement bienveillant et une riche érudition. Nous le prions de trouver ici notre hommage respectueux.*

— *Monsieur le Docteur BARRES, pour la très grande bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.*

— *Monsieur le Docteur KARKOUS, qui nous a guidé amicalement dans nos études de Psychiatrie et dont les conseils précieux ont facilité, dans une large mesure, la réalisation et la mise au point de ce travail. Nous lui sommes très reconnaissant.*

— *Monsieur le Docteur MILLET, pour la sympathie qu'il nous a témoignée.*

— *Au cours de nos stages, nous avons toujours trouvé auprès de nos aînés un enseignement éclairé et amical. Nous tenons à remercier en particulier Monsieur le Professeur RIBAUT, Monsieur le Docteur BES, Monsieur le Docteur MORON et Monsieur le Docteur DELPLA.*

PLAN D'ENSEMBLE

INTRODUCTION.

EXPOSÉ CHRONOLOGIQUE.

ÉTUDE CLINIQUE.

I. — CENESTOPATHIES SYMPTOMATIQUES

A — AFFECTATIONS NEUROLOGIQUES :

Cervicarthroses.
Syndrôme thalamique.
Encéphalites, névraxites.
Syndrômes dyssomatognosiques.
Schéma corporel et cénesthésie.

B — AFFECTIONS VISCERALES :

Nosophobies prémonitoires et cénestopathies légitimes.
Dérèglements biologiques.
Troubles vasculaires.

II. — CENESTOPATHIES ASSOCIEES AUX DIVERS SYNDROMES MENTAUX

A — PSYCHOSES :

Psychoses aiguës :

Mélancolie.
Psychoses délirantes aiguës.
Etats confusionnels.

Psychoses chroniques :

Schizophrénies.
Psychoses systématisées.

B — NEVROSES :

Névrose d'angoisse.
Hypochondrie.

III. — CENESTOPATHIES ESSENTIELLES

La description de Dupré.
Cénesthésie et Cénestopathies.
La question des cénestopathies pures.
Cénestopathie et médecine psychosomatique en pratique clinique.

LES CONCEPTIONS SE DÉGAGEANT DE CETTE ÉTUDE

I. — LE CENESTOPATHE ET SON CORPS

Le corps du cénestopathe.
La douleur du cénestopathe.
La relation du cénestopathe.

II. — LA PERSONNALITE DU CENESTOPATHE

Structure négative :

Débilité mentale.
Débilité affective.
L'incomplétude du cénestopathe.

Structure positive :

Les thèmes cénestopathiques.
L'expression verbale.
L'agressivité.

INTRODUCTION

Il n'est pas de praticiens qui n'aient rangé dans le cadre commode des cénestopathies ces troubles si caractéristiques éprouvés par ces malades aussi acharnés à se plaindre qu'à changer de médecins. Et cependant, lorsqu'on les recherche dans les manuels de psychiatrie, on trouve toujours les cénestopathies sur le seuil de l'hypochondrie, mais les quelques lignes qui leur sont accordées sont bien peu de chose pour que l'on puisse comprendre, au fond, ce qu'elles sont.

Ce groupe nosographique recouvre en effet des phénomènes subjectifs non douloureux, pouvant émaner de tous les territoires du corps, sans que l'on puisse pour la plupart des cas, en saisir la racine. Les symptômes, ressentis avec l'acuité d'une donnée intuitive indiscutable, et l'échec répété des explorations diagnostiques, donnent aux cénestopathies un caractère flagrant de paradoxe. Elles sont définies comme « des altérations locales de la sensibilité interne » ou cénesthésie ; mais surtout elles sont simples, essentielles, irréductibles à un autre processus morbide, car « elles sont dues à la perturbation de la sensibilité centrale des organes ». Pour les malades, elles s'imposent comme « des sensations anormales, étranges, indéfinissables, à caractère plutôt pénible et gênant que douloureux, dont la nature insolite les trouble et dont la durée persistante les inquiète ». Ce sont les termes de DUPRE. Les cénestopathes traduisent d'ailleurs ces sensations dans un langage impressionnant, foisonnant de néologismes, c'est là un de leurs caractères et non des moindres.

C'est en général à cette description succincte d'un syndrôme que l'on s'arrête. Et pourtant on retrouve disséminées dans ces mêmes ouvrages des allusions à des troubles cénestopathiques comme symptôme au cours des diverses psychoses, et même dans certaines affections neurologiques. Nous verrons quelle est l'importance de ces formes symptomatiques de cénestopathie. Les cénestopathes sont ainsi ces innombrables « fonctionnels » de chaque spécialité, tous aussi « mal dans leur peau », tous aussi déconcertants par leur présentation, qui font figure de « malades imaginaires » et dont on ne sait hélas que faire car « ils n'ont rien » et ne guérissent pas. . .

Tous ces malades « inclassables » et qui reviennent sans se lasser aux consultations les plus diverses, représentent cette ambiguïté irritante des malades sans diagnostic. Car un caractère fondamental des cénestopathies est bien dans le fait de contraindre le médecin à l'incertitude pour autant qu'il s'acharne à y suspecter une maladie définie.

Les cénestopathies posent ainsi le dilemme : maladie « réelle » ou « somatisation » névrotique, dilemme qui, en termes plus simplifiés sinon naïfs, est résumée dans la question « ou c'est organique ou c'est psychique ? « car il s'agit avant tout d'anxieux dissimulant mal leur anxiété sous un langage hyperbolique, et leur personnalité particulière donne à leurs récits une note pittoresque et souvent étrange. Ces malades sont bien les premiers à souffrir de l'ambiguïté dans laquelle ils se trouvent. Ils ne sont pas des simulateurs pas plus qu'ils ne sont des hystériques, mais leurs descriptions peuvent mimer jusqu'à la caricature les plus invraisemblables maladies. En perpétuelle quête de l'inexprimable, ils usent sans relâche de toutes les ressources verbales dont ils disposent pour tenter d'approcher d'incompréhensibles sensations.

Mais une telle ambiguïté devient également lassante pour le médecin, souvent impatient devant le foisonnement chaotique du récit, aussi souvent désarmé par sa démesure ; et le « refus » du médecin va contribuer à rejeter le malade dans le monde désemparé de son angoisse et le risque majeur restera pour le cénestopathe la possibilité d'une affection organique concomitante s'il lui est refusé le droit d'être un jour « réellement » malade.

Il faut donc ne pas méconnaître que les cénesthopathies peuvent coexister avec un syndrome organique dont elles peuvent camoufler ou dénaturer le tableau clinique sous leur volumineuse expression.

Dès qu'on essaie de dépasser cette ambiguïté pour essayer de classer ces états cénesthopathiques et d'en rechercher leurs significations, ont est conduit d'abord à distinguer deux groupes de malades :

D'une part ceux chez lesquels les troubles cénestopathiques sont symptomatiques d'une affection organique, le plus souvent neurologique; on parlera alors de « fausses cénesthopathies ».

D'autre part ceux chez lesquels il n'existe aucune altération somatique constatée. Dans ce groupe on reconnaîtra alors deux catégories de cénesthopathes « sine materia » qui ne sont peut-être que deux niveaux d'une même forme de cénesthopathie :

— les cénesthopathies associées à des altérations mentales de type psychotique ;

— les cénesthopathies pures mais à la base desquelles il est possible de reconnaître une structure névrotique plus ou moins camouflée, ce qui conduit à réviser la notion de cénesthopathies « essentielles » tout au moins à l'étudier dans le contexte de la personnalité et de l'histoire du malade.

Il apparait dès lors qu'un dénominateur commun se dégage de toutes ces formes de cénesthopathies, qu'elles soient symptomatiques, associées ou pures, et que ce dénominateur est précisément une manière particulière de sentir et d'exprimer les troubles de son corps, avec une résonance anxieuse qui polarise plus ou moins durablement l'existence de ces malades.

C'est pourquoi nous rappellerons d'abord comment du point de vue historique s'est dégagée et développée la notion de cénesthopathie. Puis nous analyserons les différents types de cénesthopathies, les cénesthopathies symptomatiques d'affections organiques, les cénesthopathies associées aux psychoses et enfin les cénesthopathies « essentielles ». Nous reconnaitrons alors la bipolarité de ces états cénesthopathiques qui tantôt sont « expliqués » (1) par leurs causes organiques — quand on les constate ou qu'on les suppose — tantôt « compris » en fonction de la personnalité du sujet quand les aspects pathologiques de celle-ci sont manifestes ou qu'on sait les découvrir quand ils sont latents. Ainsi nous reconnaîtrons au-delà des thèses opposées organogénétiques et psychogénétiques une certaine *unité* de ces syndromes, en dégageant les caractères communs qui fondent la réalité des cénesthopathies, dont la signification apparaîtra d'autant plus pure que dans les cénesthopathies « essentielles » ces troubles surgiront et se développeront en dehors de toute altération organique, et en fonction même de la personnalité de ces malades.

---

(1) « Expliquer » et « Comprendre » au sens de Jaspers.

EXPOSÉ CHRONOLOGIQUE

DE LA

NOTION DE CÉNESTOPATHIE

De la notion confuse qu'est restée la cénesthésie après les philosophes classiques, se déduit peu à peu une pathologie mal limitée, et longtemps incorporée à d'autres syndrômes.

PINEL, dans son traité (294) confond psychasthénie et hypochondrie dans une même étude, qu'il rattache aux manifestations vésaniques. L'observation qu'il prend pour type est celle d'un malade qui « connaît pleinement son état, et il en juge lui même aussi sainement que s'il lui était étranger. Il voudrait faire des efforts pour s'en délivrer, mais d'un autre côté il est convaincu qu'il est incurable. Lui fait-on remarquer l'incohérence qu'il met dans ses propos, il en convient de bonne foi; mais il réplique que cet état le domine avec tant d'empire, qu'il ne peut s'en soustraire. Il ajoute qu'il ne garantit pas la vérité des jugements qu'il forme, mais il n'est pas en son pouvoir de les rectifier. Il croît par exemple que s'il venait à se moucher, son nez resterait dans son mouchoir, que s'il tentait de se raser il ne pourrait se dispenser de se couper la gorge; enfin il se réduit quelquefois plusieurs jours à une abstinence rigoureuse sous prétexte que les aliments qu'il prendrait ne manqueraient pas de l'étrangler ».

Ces troubles sont pour PINEL le reflet de désordres devenus impénétrables à toute conscience raisonnable. Et s'il existe des formes dégradées, le malade n'en conserve pas moins une certaine angoisse de ne plus se retrouver identique aux autres, bien que ses paroles pressées contiennent à la fois la conviction et l'étonnement d'être différent. La différence est une adultération profonde de la personnalité, due à des lésions cérébrales. Perversion organique des sensations de vie, elle est donc comprise dans une construction de causalité mécanistique, seule conception de la psychiatrie classique.

En 1897 SEGLAS pressent la genèse des troubles cénesthésiques lorsqu'il émet l'idée « que dans le tableau de nos représentations mentales quelque chose correspond à notre corps, à nos viscères, à leur fonctionnement, et que ce quelque chose peut s'altérer ». Cependant, la conception de l'époque ne lui paraît pas pleinement satisfaisante, sans doute le « sens du corps », — émanation directe de « l'existence sensitive » de Condillac —, est-il « à la base de l'individualité psychique »; mais celle-ci ne s'édifie que sur la convergence harmonieuse des apports et des tendances. « La personnalité réelle, écrit-il dans son ouvrage sur le Délire des Négations, avec sa masse énorme d'états plus

ou moins conscients, se résume dans notre esprit en une fondamentale, sorte de schéma, assez vague d'ailleurs, et que nous appelons l'idée de notre personnalité ». Cette idée peut s'altérer en un « schéma nouveau » qui vient se substituer au précédent.

Mais à l'inverse du délire hypochondriaque, le sens du corps peut se dissoudre au point de disparaître, comme dans le délire des négations, décrit par COTARD (1) en 1880, comme un « délire négatif systématisé ».

DENY et CAMUS se rallient en 1905 aux conceptions sensualistes de FOERSTER et WERNICKE, et pensent qu'il s'agit alors d'une « hypochondrie aberrante ». (2). En effet les deux composantes de ce délire sont « la perte de conscience du corps », et « des troubles fonctionnels de la somatopsyché qui constituent le domaine de l'hypochondrie proprement dite ». Certes, DENY et CAMUS donnent aux troubles des voies sensitives une importance pathogénique majeure, mais leurs recherches permettront à DUPRE de penser qu'il existe un trouble symétrique, et que si l'absence de cénesthésie peut induire un délire de négation, inversement la présence excessive du « sens du corps » doit provoquer une sorte d'hypercénesthésie, indépendemment de la prise de conscience du monde extérieur qui n'est pas affectée.

En 1907, dans une première publication, DUPRE et CAMUS isolent et décrivent les cénestopathies. Dès le premier article ils insistent sur la variété et la spécificité de ce syndrôme, « habituellement confondu en nosographie courante avec les états neurasthéniques, mélancoliques et hypochondriaques ». Il s'agit « d'altérations de la sensibilité commune ou interne », dont l'importance arrive à provoquer, selon les tendances individuelles, « des réactions qui par leur intensité, peuvent masquer le syndrôme primaire, et donner au malade l'apparence d'un anxieux, d'un obsédé, d'un hypochondriaque, même d'un délirant ».

---

(1) Annales médico-psychologiques 1880, p. 170.

(2) « Toute perception sensorielle étant composée de deux éléments : un élément spécifique ou sensoriel, et un élément organique ou myopsychique constitué par la sensation de l'activité musculaire, du mouvement exécuté par l'organisme pour adapter l'appareil sensoriel à l'excitant et réaliser les meilleures conditions de perception. Les perceptions sensorielles ont donc pour concomitant indispensable des sensations organiques auxquelles revient le rôle le plus important dans la connaissance du monde extérieur et des phénomènes de notre propre organisme ». Deny et Camus. R.N. 1905.

Dans ses travaux ultérieurs, DUPRE en précise le caractère fonctionnel, anorganique, et s'attache à bien séparer les cénestopathies de l'hypochondrie (1), en justifiant ainsi la présentation parfois anxieuse, parfaitement légitime de ces malades : « l'hypochondrie en effet, est définie par des craintes exagérées ou des conceptions délirantes sur la santé. Or si les cénestopathes se préoccupent beaucoup de leurs malaises, ils sont dans leur droit. Le supplice qu'ils endurent légitime leurs soucis et leurs souffrances. . . Mais ils n'édifient pas de système pathologique sur leurs troubles, et n'en présentent pas une explication plus absurde que les sujets normaux qui essaient de préciser le mécanisme de leurs souffrances ».

Tout en assayant de tracer les frontières des cénestopathies, DUPRE en élargit considérablement le concept lorsqu'il distingue, à côté des cénestopathies pures, les cénestopathies ayant la valeur d'un symptôme. Celles-ci témoignent de lésions fonctionnelles ou organiques. Elles peuvent être interprêtées « comme une espèce du genre paresthésie » (2) ayant valeur de symptôme neurologique Mais elles peuvent aussi, dans les psychoses les plus diverses, exsuder comme une émanation de l'angoisse vitale élémentaire. Or cette double acception, claire aux théories mécanicistes, et à la source même de la confusion qui recouvre ce terme. En effet il est aussi bien contenu psychologique, lorsqu'il désigne une entité clinique, que symptôme en tant qu'élément séméiologique. Ainsi le polymorphisme nosologique des cénestopathies tient pour une part au fait que certains des malades présentant de tels troubles ne sont pas des cénestopathes.

Dans les études sur les cénestopathies parues à la même période, se font jour deux tendances, qui reflètent le dualisme du syndrôme. C'est ainsi que BLONDEL (3) se refuse à admettre pour vraisemblables les dires des malades, car il estime leur conscience irréductible à la conscience normale. Il pense que les malades tentent d'exprimer, dans une langue adaptée aux relations sociales, des états proprement individuels, résultant de l'expérience pathologique de notre corps, donc inéchangeables. Pour l'individu normal « les impressions cénesthésiques sont les fondations vivantes, mais le plus souvent inaperçues, de la vie consciente et de la pensée ». La cénesthésie est vécue comme

---

(1) Mouvement médical 1913, 2, 12-17.
(2) DUPRE. Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. p. 296.
(3) BLONDEL. La conscience morbide. 1914 Alcan éd.

« une masse indistincte sous-jacente à la conscience claire et à ses démarches ». Mais, sous l'influence de facteurs physiologiques ou psychologiques, que des éléments gardant des attaches cénesthésiques ramènent à la conscience claire quelque chose d'ineffablement individuel, les états de conscience apparaîtront alors non réductibles à l'expérience antérieure, qui tout entière, s'organisait sur le plan collectif. Un sentiment de mystère angoissant en résulte. Pour le malade, tout apparaît changé, modifié, le monde comme lui même, quand il se souvient de la façon dont il les percevait avant. Pour expliquer le caractère mystérieux de la « résistance à la conceptualisation », il tente métaphore sur métaphore pour traduire l'inexprimable. Pour BLONDEL l'angoisse est au premier plan, et les cénestopathies sont aussi proches du délire que l'hypochondrie. Mais « les troubles cénesthésiques ne sont pas la cause du délire, puisque c'est de lui qu'ils tiennent toute leur signification, et il est bien difficile d'être sûr que leur signification ne fait pas presque toute leur existence, tant il semble évident que, libérés de l'interprétation qu'ils ont reçue, ils occuperaient peu de place dans la conscience du malade ».

En 1922 DIDE et GUIRAUD (1) introduisent la notion de cénestopathies légitimes, qui s'écartent de la définition donnée par DUPRE. Elles sont plutôt une attitude cénestopathique, qu'une cénesthopathie au sens strict. Car il s'agit de malades dont les lésions sont objectivables, mais dont la présentation les éloigne des malades somatiques. Non seulement leur langage est déroutant pour le médecin à qui ils se confient, mais encore les troubles qu'ils ressentent ont un caractère imprécis, mobile et changeant, bien différent des réactions habituelles des cénestopathies symptômatiques telles que les décrit Dupré, dans certaines affections neurologiques.

A la base de toute cénestopathie il existe « une atteinte légère des centres végétatifs supérieurs », dont les liens sont étroits avec la vie psychique. Il suffit d'un dérèglement du système végétatif pour entraîner une perturbation profonde dans l'activité cérébrale et le vécu affectif. Et, mettant en parallèle délires chroniques et cénestopathies, GUIRAUD pense que « les délires chroniques deviennent des cénestopathies dystoniques ; cénestopathies parce que l'atteinte siège au-dessus des centres réflexes

(1) DIDE et GUIRAUD : Psychiatrie du médecin praticien. 1ère édition.

végétatifs (douleurs psychopathiques) sans altérations notables de la santé, dystoniques à cause de la discordance chronaxique avec les neurones voisins ». On voit combien les conceptions psychogéniques de BLONDEL peuvent s'opposer, sans les exclure pourtant, aux théories organicistes de GUIRAUD.

En 1927, MINKOWSKI (1) dans une longue étude, établit un parallèle avec l'automatisme mental, posant ainsi le problème de la personnalité des cénestopathes. Au terme de l'observation d'une cénestopathe, dont les troubles sont minutieusement analysés, MINKOWSKI souligne « qu'il y a encore la façon particulière dont elle l'exprime. . . « le grand luxe d'images et de comparaisons » mis en relief par DUPRE dès ses premiers travaux sur les cénestopathies ne serait-il justement pas le signe révélateur du côté mental de l'affection désignée du nom de cénestopathie, et n'en constitue-t-il pas même le trouble primitif ?. . . Il existe chez certains malades, présentant des troubles cénesthésiques, « la tendance pathologique de garnir ces troubles d'éléments sensoriels et spatiaux, et d'effacer la place spécifique qui revient dans notre conscience au moi corporel par rapport au monde extérieur ». A tel point que la conscience du moi recule ses limites et s'incorpore les objets environnants qu'elle fait participer à ses perturbations. Ainsi ,poursuit MINKOWSKI, « la conscience du moi corporel subit des modifications comparables et analogues à celles qui caractérisent l'automatisme mental par rapport au moi intime. Nous aurions presque envie de dire que si dans l'automatisme mental le malade accuse un viol de l'intimité mentale, dans certains cas de cénestopathies du point de vue psychologique, l'intimité du moi physique est violée par le sujet lui-même ». Et MINKOWSKI, voyant dans cette analogie un même trouble de la conscience du moi, portant à des niveaux différents, pense qu'il est logique d'admettre que certains cas de cénestopathies peuvent se ranger à côté des psychoses hallucinatoires chroniques, ainsi que la chronicité de l'évolution incite également à le faire.

BARUK et RACINE (2) étudient en 1935 les cénestopathies symptômatiques et les cénestopathies essentielles, qu'ils unissent dans une même conception pathogénique. Ils pensent que les

(1) MINKOWSKI : Automatisme mental et cénestopathie. A.M.Ps. 1927, 1, 104-119.

(2) BARUK et RACINE : Contribution à l'étude des cénestopathies. R.N. 1935, 2, 936-949.

premières sont dues à des perturbations somatognosiques fréquemment associées à des troubles vaculaires d'origine centrale. objectivant la projection du syndrôme.

Quant aux cénestopathies dites essentielles, BARUK en superpose la symptômatologie à la description de DUPRE; mais leur pathogénie est résumée par la présence de troubles capillaires locaux, parfois trop discrets pour être décelés par l'examen clinique le plus minutieux. Il faut donc avoir recours à des examens spécialisés. En fait, « qu'il s'abisse de cénestopathie symptômatique ou idiopathique, les troubles vasculaires locaux que nous avons pu constater dans le territoire des troubles cénesthésiques semblent donc être eux mêmes la conséquence d'une atteinte, soit organique, soit simplement dynamique du système nerveux central ».

En 1946, AJURIAGUERRA et HECAEN (1) montrent que dans les hémialgies thalamiques, certains dégradés existent entre la douleur la plus vive et la simple sensation bizarre et atypique. Il existe en effet des tableaux cliniques revêtant l'allure de troubles cénestopathiques. On sait que selon le niveau de l'atteinte centrale, et le point où porte la désintégration, il existe une hiérarchie dans la réaction psychique du malade : dominée dans les lésions basses, contrôlée dans les atteintes des noyaux centraux, dans les atteintes corticales elle est subie et interprétée selon la structure antérieure du malade. Et « si l'on admet avec Von MONAKOW et MOURGUE que des atteintes répétées de l'instinct entraînent, par leur cumulation lentement effectuée, une « condensation de l'énergie nerveuse », on comprendra qu'à un moment, celle-ci irradiant dans les systèmes divers, puisse y réaliser de véritables phénomènes d'isolement. Un grand nombre de facteurs peuvent contribuer à déterminer le système en cause : nature des atteintes instinctives, intensité et fréquence de ces atteintes, constitution antérieure du sujet, situation vitale à laquelle il était lié au moment où s'est produite la stimulation, points de résistance de l'organisme. . . De cette manière s'expliquerait que si, ordinairement les caractères et la topographie des dysesthésies lésionnelles les séparent nettement des troubles cénestopathiques, dans des cas exceptionnels ceux-ci puissent réaliser des tableaux similaires ou très voisins; de même que le trouble lésionnel peut, en raison même peut-être de son peu d'intensité,

(1) AJURIAGUERRA et HECAEN : Les troubles cénesthésiques dimidiés. Leurs rapports avec les hémialgies. Revue méd. franç. 1946, 27 146-152.

se réfléchir à la conscience de façon inhabituelle et modifier ainsi profondément la personnalité parfois très fragile, se rapprochant alors étrangement des troubles instinctuels ».

En 1948, RISER et COLL décrivent la forme cénestopathique des atteintes radiculoméullaires cervicales. Il pense que « la symptomatologie « cénestopathique » est sans doute, dans certains cas tout au moins, l'un des modes d'expression de la souffrance du sympathique et peut-être plus particulièrement du sympathique cervico-dorsal » (1). Reprenant l'étude des manifestations psychiatriques dans les syndrômes du sympathique cervical postérieur (2), il montre que le climat général joint à l'indigence des signes objectifs réalisent un véritable « camouflage de l'organicité derrière les symptômes exubérants de la grande cénestopathie ». Cette présentation trompeuse risque d'orienter vers des thérapeutiques inutiles. Enfin RISER pense que le terrain n'est qu'un élément contingent, « parce que les troubles psychopathiques ont un caractère acquis, qu'ils sont en rupture de continuité avec le fond mental du sujet, qu'ils évoluent parallèlement aux autres symptômes de souffrance du sympathique cervical postérieur, et enfin qu'ils guérissent ou s'atténuent proportionnellement au résultat du traitement étiologique ».

En 1949, MARGUERY (3) dans sa thèse inspirée par Henry EY, place les cénestopathies dans une perspective rigoureusement psychogénique. Il montre en effet qu'elles sont associées pour la plupart à des troubles mentaux, et qu'elles sont dispersées dans les formes psychopathiques les plus diverses.

Selon lui, les autres formes cliniques ne méritent pas le terme de cénestopathies, car elles n'offrent qu'une symptômatologie d'emprunt. Ainsi les cénestopathies symptomatiques d'affections neurologiques doivent être comprises comme des dysesthésies, toute altération psychopathique résultant « d'une structuration propre, indépendante des troubles sensitifs ». De même les cénestopathies dites légitimes ne sont que le reflet de tendances hypochondriaques devant des troubles somatiques ou biologiques réels.

---

(1) RISER, GAYRAL, LABOUCARIE, PIGASSOU : La symptomatologie cénestopathique au cours des atteintes radiculo-medullaires cervicales. Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de France. 1948, 377-381.

(2) RISER, GAYRAL, FERNANDEZ : Les manifestations psychiatriques dans les syndrômes du sympathique cervical postérieur. A.M.Ps. 1956, 2,108.

(3) MARGUERY : Contribution à l'étude des cénestopathies. Thèse Toulouse. Lion édit. 1949, no 85.

Fourny, dans sa thèse (1) pousse à l'extrême la conception organogénétique, mécaniciste et « périphérique » des cénestopathies, jusqu'à la confondre presque avec les états paresthésiques, ce qui revient en fin de compte, à nier que les cénestopathies aient la moindre signification psychiatrique.

Reprenant en 1956 l'analyse du concept historique des cénestopathies, Benassi (2) en présente les diverses formes cliniques que l'on peut rencontrer en pathologie nerveuse et au cours des affections mentales. Et se fondant sur ces données cliniques, il souligne l'intérêt du concept de dyssomatognosie, « qui peut apporter une interprétation plus satisfaisante des troubles cénestopathiques que l'on rencontre dans de nombreuses maladies mentales », particulièrement celles où le trouble somatognosique atteint la personnalité même, « au point de réaliser à la longue une dissolution de la somatognosie ».

Pour Benassi, le terme de dyssomatognosie n'est donc pas employé pour figurer une altération d'ordre neurologique, mais pour exprimer, mieux que le terme choisi par Dupre, un trouble de la connaissance dynamique de notre corps, engagé dans l'existence.

Il présenterait peut-être l'avantage de dépasser la querelle pathogéniste qui oppose encore mécanicistes et psychogénistes, en imprimant au concept de somatognosie une orientation plus biologique. Mais il ne parvient pas à démontrer l'identité de la somatognosie et de la cénesthésie. Autant la somatognosie se laisse analyser comme la notion du corps, géométrique, spatial, et donc engrené dans l'existence ; autant il est difficile de concevoir, dans l'éprouvé de notre corps, autre chose que le mystère ambigu de notre monde intérieur.

Au cours de cet exposé chronologique, nous avons tenté de montrer l'extrême disparité des études concernant les cénestopathies. Les unes critiquent le terme même de cénestopathie, lui préférant une expression qui leur semble davantage en contenir le concept. Les autres s'opposent sur la conception pathogé-

---

(1) FOURNY : De la cénestopathie. Thèse Toulouse 1954.
(2) BENASSI P. : Les cénestopathies. Rivista sperimentale di freiniatria 1956, 80, 207.

nique qu'il convient d'apporter aux cénestopathies. Et nous ne pouvons mieux symboliser ces oppositions qu'en rappelant ces deux thèses réalisées sous la direction du Professeur RISER : la thèse de FOURNY d'une part et la thèse de MARGUERY d'autre part.

En effet si la description initiale de DUPRE doit être acceptée comme le modèle clinique parfait des cénestopathies, de multiples syndrômes ont été individualisés qui peuvent se superposer par certains côtés, à la présentation des malades de DUPRE. Or, de tels syndrômes relèvent de mécanismes incompatibles en apparence. Il est difficile de concevoir une pathogénie univoque pour les cénestopathies essentielles, et les syndrômes cénestopathiques secondaires à des lésions réelles, objectivales.

Pour DUPRE tout se trouvait résumé par d'hypothétiques lésions, que seules les limites de la recherche médicale rendaient impossibles à démasquer. Pour les auteurs actuels, la plus grande rigueur séméiologique, alliée aux possibilités accrues des examens paracliniques, doit pouvoir venir à bout de ces formes cryptogénétiques. Dès lors on se trouve placé devant un problème d'interprétation des éléments recueillis auprès du malade ; mais il reste toujours une question que ne peut résoudre une seule réponse : alors que les cénestopathies se présentent souvent comme une caricature de troubles divers, certaines affections peuvent se révéler par des symptômes mal définissables, dont les caractères empruntent volontiers quelques traits cénestopathiques. Il ne s'agit évidemment pas ici de cénestopathies pures mais tout se passe comme si la maladie avait le pouvoir de susciter, de la part de certains malades, des attitudes et un comportement de cénestopathe. De là ce dualisme irréductible que présentent les cénestopathies.

Si RISER adopte une position organique formelle quand il décrit les formes cénestopathiques des cervicarthroses où le terrain n'a qu'une part contingente, la souffrance du sympathique pouvant conditionner par elle-même l'expression cénestopathique, il s'agit de cénestopathies symptomatiques. Mais sur un plan plus général, significative est l'opposition entre la thèse de FOURNY et la thèse de MARGUERY : pour FOURNY l'altération organique est la cause de l'état mental du cénestopathe — pour MARGUERY c'est la modification de l'état psychique qui constitue l'essence même des cénestopathies.

ETUDE CLINIQUE

CENESTOPATHIES SYMTOMATIQUES.

CENESTOPATHIES ASSOCIÉES AUX SYNDROMES MENTAUX.

CÉNESTOPATHIES «ESSENTIELLES».

Nous allons montrer que si la thèse de FOURNY, — résumant la position de RISER — et la thèse de MARGUERY sont en opposition au point de donner l'impression de traiter de sujets différents, il importe surtout de les considérer chacune dans son optique respective. Loin de s'exclure mutuellement elles apparaissent alors complémentaires.

La thèse de MARGUERY n'explique pas la présence de « fausses cénestopathies », qui sont comme le reliquat d'une position trop exclusive, mais ne deviennent « fausses » qu'au moment où peut s'établir la preuve de leur organicité. Si elles ne sont pas des cénestopathies, du moins sont-elles le fait de personnalités particulières, que la moindre perturbation fonctionnelle ou organique fait réagir en cénestopathes.

Al'inverse la thèse de FOURNY ne résout pas le problème pathogénique de la cénestopathie lorsquelle sous-entend l'idée d'une lésion somatique obligatoire, ce qui équivaut à ne rien expliquer.

Tel qu'il est présenté dans ces deux travaux le problème est différemment posé, et il n'éclaire qu'un aspect partiel des cénestopathies. Il ne s'agit pas des mêmes malades, ce qui n'est pas pour surprendre, mais les conceptions pathogéniques sont incompatibles, autant que peuvent l'être organogenèse et psychogenèse. En fait, il semble plus clair, pour l'exposé clinique, de grouper les cénestopathies « essentielles » derrière la description princeps de DUPRE, en les scindant nettement des cénestopathies « lésionnelles », ou secondaires, ces dernières ne s'avèrant « fausses cénestopathies » que dans le cours de leur évolution.

Quel que soit l'arbitraire d'une telle classification, il semble indispensable de regrouper des formes aussi disparates, sans vouloir rejeter celles qui n'entrent pas rigoureusement dans le cadre fixé par DUPRE. Nous pouvons ainsi attirer l'attention sur ces multiples formes trompeuses, d'une tout autre étiologie, mais que la personnalité du malade camoufle peut-être en cénestopathies.

Nous verrons que si la plupart d'entre elles ne résistent pas à un examen approfondi, et se révèlent rapidement organiques, beaucoup n'engendrent qu'une suspicion d'organicité.

A l'inverse, il est quelques tableaux bâtards sur lesquels persiste le doute, et que seule l'évolution périodiquement contrô-

lée permet enfin de ranger dans les cénestopathies essentielles. C'est pourquoi il nous semble logique, tout en respectant le terme de DUPRE, de voir une seule famille de troubles dans les cénestopathies, qui sont dits « essentielles » ou « organiques ».

Pourquoi d'ailleurs ces qualificatifs traditionnels, dont la seule justification devrait être les besoins de la nosographie ? En effet, si l'on admet une genès organique, qu'il faut juxtaposer à la psychogenèse plus commune des cénestopathies, faudrait-il admettre qu'elles sont un mode de réponse « habituel » à la souffrance de notre moi, qu'elle soit de cause psychique ou organique ? Ce serait introduire un confusion, si redoutable qu'elle a pu amener certains auteurs à rejeter le concept de cénestopathie, et même jusqu'au terme proposé par DUPRE, comme étant cause et vecteur de cette confusion.

Or nous constaterons, au travers de cette étude, une monotonie paradoxale de présentation dans la grande diversité de tableaux cliniques. Quelle que soit la localisation, quelles que soient l'intensité et la durée des troubles rencontrés, les malades se rejoignent tous dans leur présentation si magistralement décrite par DUPRE, et c'est un fait assez frappant que cette analogie clinique, reflet d'une insertion similaire dans le monde social.

Enfin nous bénéficierons des apports récents de la chimiothérapie car les succès cliniques, apportent une éclatante preuve à la conception univoque des cénestopathies. Il ne s'agit pas de vouloir en faire une entité nosographique passant en pont de la neurologie à la spychiatrie, puisque l'analyse clinique est tributaire de cadres préformés. Il ne s'agit pas de vouloir écarter tout ou partie des théories organicistes ou psychogénistes, mais de montrer que leur affrontement traditionnel ne trouve pas sa raison d'être si on replace les cénestopathies dans une perspective dynamique de l'existence.

I

CÉNESTOPATHIES SYMPTOMATIQUES

INTRODUCTION

En abordant les « cénestopathies symptomatiques », — fausses cénestopathies — nous voulons non pas nous borner à une énumération de syndrômes qui, ayant pris un masque « fonctionnel », se révèlent un jour organiques, mais étudier l'expérience de la perception corporelle à travers l'invasion de la maladie.

En effet il serait trop artificiel de supposer le problème résolu, ou d'admettre qu'une catégorie de malades « traduirait » toute altération organique naissante par une symptômatologie cénestopathique.

— D'une part de tels syndrômes, trop surprenants dans leur dénouement, ne sont pas intégrés aux cénestopathies, parce qu'il est facile a postériori d'en reconstituer la redoutable transformation. Ils sont entachés d'organicité, et, les avenues de la maladie ne sont pour certains que le prétexte à révéler une structure cénestopathique préformée. Ou bien, si l'on n'accepte pas le terme de cénestopathie, on ne peut davantage retenir ceux d'hypocondrie, ou d'hystérie, de neurasténie ou de psychasthénie, car le malade n'en présente pas les symptômes, malgré la certitude qu'il a d'être réellement malade.

— D'autre part un groupe d'affections doit en être détaché. Il s'agit des syndrômes dyssomatognosiques et des épilepsies, dont les potentialités destructurantes peuvent livrer le malade sans contrôle possible à ses interprétations comme aux fantasmes de son imaginations. Ces syndrômes d'étiologies très diverses, peuvent en effet s'accompagner de phénomènes illusionnels ou hallucinatoires, où s'échangent le monde imaginaire et le monde réel. Les troubles les plus diverses peuvent s'y rencontrer mêlant les phénomènes sensoriels aux impressions cénesthésiques, que le malade rapporte comme des sensations étranges dont il ne peut se défendre. Or ces troubles « éclatent dans une conscience déjà troublée, déjà complaisante à sa dissociation, de telle sorte qu'ils empruntent à la modification globale du vécu certains de leurs caractères phénoménologiques, perplexité, « croyance asséritive », étrangeté, etc. . . » (1). Ces processus

(1) EY H. Etude no 26, p. 549.

d'étrangeté présentent de grandes analogies avec les états oniroïdes. Par là ils se rapprochent des expériences délirantes de dépersonnalisation où s'affrontent et cohabitent l'autonomie respective de notre corps et du monde objectif. Mais ce n'est pas pour autant fournir une explication aux mécanismes de ces syndrômes.

On peut avec HECAEN et AJURIAGUERRA (1) comprendre les troubles de la somatogonsie comme un « trou » dans la perception, résultant d'une désintégration locale, et creusé à l'emporte-pièce dans l'ensemble de la perception. Il est donc nécessaire d'admettre que la conscience est peu ou non troublée au début de ces états, c'est-à-dire que les altérations perceptives sont autant de failles réelles dans le champ de la conscience, et non des phénomènes délirants dans lesquels la conscience, privée de ses points de référence, s'engagerait tout entière.

En effet un trouble focalisé de la perception peut mutiler la conscience dans la structure de son espace. Mais on ne saurait se représenter cette lacune comme une sorte de moule en creux dans lequel viendrait se concentrer une puissance hallucinante. Car les images fantasmiques sont jugées d'autant plus irréelles qu'elles sont nettes, et pour ainsi dire qu'elles se *détachent* d'elles mêmes sur les structures réelles. Il faut donc admettre qu'il se fait une certaine modification de l'état de conscience, liée peut-être au génie de la maladie, et qui valorise ces sensations absurdes.

Ainsi, la « complaisance » de la conscience pour ces hallucinations se laisse comprendre comme la résonance sensible de son glissement incertain vers une désagrégation plus profonde, tant il est vrai que « ce qui garantit l'homme sain contre le délire ou l'hallucination, ce n'est pas sa critique, c'est la structure de son espace ». (2).

---

(1) AJURIAGUERRA et HECAEN : Méconnaissances et hallucinations corporelles. Masson 1952.

(2) MERLEAU-PONTY : Phénoménologie de la perception, p. 337.

A. — *CENESTOPATHIES ET SYNDROMES NEUROLOGIQUES*

I. — Cervicarthroses

La richesse de l'innervation végétative de la région du sympathique cervical postérieur explique l'abondance exubérante des manifestations et la multiplicité des symptômes au cours de ses atteintes. Après la description de BARRE et la thèse de LIEOU, plusieurs entités ont pu être dégagées selon la prédominance des symptômes.

Nous voulons insister ici sur la forme cénestopathique décrite par RISER en 1948, au cours d'atteintes radiculo-médullaires cervicales, car elle présente un double intérêt : elle démontre encore qu'une atteinte organique peut s'accompagner d'une authentique symptomatologie cénestopathique; mais surtout elle pose le problème d'une constitution psychique préexistante (75).

Il s'agit en effet d' « une forme spécialement riche en manifestations nerveuses et très trompeuse. . ., et dont la présentation répond aux descriptions fondamentales que DUPRE faisait des cénestopathes ». Nous en reproduisons l'observation :

Observation :

Hubert B. a présenté de 5 à 9 ans un état général précaire : chétivisme, adénopathies, troubles gastro-intestinaux, petite ascite et induration par péritonite bacillaire atténuée. Etat subébrile prolongé. Tout disparaît à l'âge de 10 ans. Etudes normales. Activité sociale et familiale excellente. Engagé et évadé en 1940, à 20 ans. Sujet parfaitement équilibré, ordonné, actif, stable, aucune tendance à l'auto-analyse, peu émotif et pas douillet, bien au contraire. Il ne se plaint d'aucun malaise particulier.

En mars 1941, à l'âge de 21 ans, il se dépense beaucoup en sports et divers travaux de force, quand il présente pendant deux mois une fatigabilité générale anormale et quelques douleurs de la nuque plus marquées par la mobilisation de cette région.

Peu après on note les troubles suivants : une rachialgie de la nuque, surtout au cours des manœuvres de réflexion de la tête et de latéralisation vers la droite ; cette rachialgie s'accompagne d'une sensation d'énervement, d'agacement, et d'horripilation dans les membres supérieurs et le tronc. Toutes ces sensations sont augmentées par la mobilisation répétée du rachis, et atténuées par un repos avec immobilité complète de deux heures.

Ces phénomènes, douleur locale et sensations périphériques anormales, sont accompagnés d'impressions viscérales et circulatoires particulièrement pénibles, donnant l'impression d'une atteinte par une maladie grave, amenant un abattement extrême, « un extraordinaire défaitisme que je n'ai jamais connu ». Il a aussi une sensation d'étouffement, de serrement de la gorge, de brûlure des épaules, et surtout l'impression que le

cœur lui-même est serré, qu'il s'arrête ou bat trop vite, « qu'il débite mal, je sens vraiment une colonne liquide qui circule dans mon cœur, dans mes bras, dans ma tête. C'est une impression de quelque chose qui coule comme on sent le robinet couler sur les mains », pour reprendre les mots mêmes du malade. En même temps, impression d'éblouissement, d'yeux qui brûlent, de salive amère, puissantes bouffées de chaleur qui alternent avec des ondes de froid. Mais dans ce même moment, on ne constate aucune modification objective, les téguments sont normaux, le pouls est égal, le rythme cardiaque est normal. Il n'y a pas de sensations vertigineuses ni d'incertitude de la station ou de la marche, cependant impression de jambes en « coton », de chute imminente. Etat d'esprit pénible. Enervement, besoin d'analyse et d'introspection. Je ne peux pas me défendre de m'examiner, de chercher, de supposer. Je cherche à mieux sentir encore et j'imagine ». Il n'y a aucune céphalée, pas de bourdonnements d'oreille, tous les examens neurologiques sont négatifs, mais l'examen du rachis montre la cinquième vertèbre cervicale sensible, la radiographie montre un pincement du disque. Il y a de la fièvre vespérale. C'est certainement un mal de Pott.

L'immobilisation dans une grande minerve a fait disparaître tous les troubles en deux mois. Le psychisme est alors normal, et très vite les sensations et les interprétations cénestopathiques disparaissent complètement malgré les douleurs et un certain « cafard » bien compréhensible. La guérison des lésions vertébrales s'est faite en deux ans.

Nous ne partageons pas l'opinion de MARGUERY qui écarte de telles manifestations du cadre tracé par DUPRE. Elles reproduisent on le voit, un incontestable syndrôme cénestopathique, que l'organicité une fois démasquée fait brusquement basculer dans les dysesthésies ; ce qui permet à MARGUERY de résumer, à propos de l'observation ci-dessus que « les troubles allégués par les malades de cette catégorie échappent à la définition des cénesto pathies par leur « organicité ». Quant à la qualité de ces troubles, rien ne permet de les distinguer des dysesthésies ». (1) Et ne pouvant que rejeter complètement de telles observations, il pense que les altérations psychopathiques de ces malades peuvent « dépendre d'une structuration propre, indépendante des troubles sensitifs ». (2).

Or. RISER et GAYRAL, reprenant en 1955 une étude synthétique des formes psychiques au cours du syndrôme du sympathique cervical postérieur (3) en font le commentaire suivant :

« Peut-on réellement parler de formes psychiatriques du syndrôme du sympathique cervical postérieur, ou bien les cas où l'on constate les signes mentaux pathologiques importants

(1) MARGUERY : Contribution à l'étude des cénestopathies. Thèse Toulouse 1949, p. 103.
(2) Id.
(3) RISER, GAYRAL, FERNANDEZ : Les manifestations psychiatriques au cours du syndrôme du sympathique cervical postérieur. A.M.Ps. 1955, 2, 108.

ne sont-ils que la réaction d'un terrain mental morbide prédisposé ? Nous ne le pensons pas, tout au moins pour un grand nombre de cas, parce que les troubles psychopathiques ont un caractère acquis, qu'ils sont en rupture de continuité avec le fond mental du sujet, qu'ils évoluent parallèlement aux autres symptômes de souffrance du sympathique cervical postérieur, entendu dans un sens large organo-fonctionnel, radiculaire, ganglio-caténaire, et des relations neuro-végétatives périphériques et centrales ».

Il paraît plus logique de développer cette argumentation. Peut-être la souffrance du sympathique cervical vient-elle mettre à jour une structure jusque là parfaitement compensée et même syntone. Mais sans doute faut-il tenir compte de la situation fonctionnelle privilégiée du sympathique cervical, dont la chaîne se relie aux structures vitales les plus profondes, qui convergent sur le thalamus, à la fois relai et aboutissant. Peut-être enfin la résonnance étonnante des affections cervicales ne vient-elle que de la résurgence symbolique d'une angoisse primitive portée sur cette zone fragile.

Dans le cadre plus général des rachialgies, il faut citer les travaux de MARTY et FAIN (207), qui montrent le rôle de tout premier plan dévolu à la musculature paravertébrale. S'adressant, il est vrai, à des cas moins spectaculaires, ils soulignent les multiples corrélations entre l'activité posturale, intellectuelle et génitale, et l'activité musculaire rachidienne. Selon ces auteurs la dynamique rachidienne et ses perturbations sont liées à la répression de tendances agressives inconscients, pouvant se renforcer d'éléments encore plus archaïques, pour déterminer une sorte de « schéma névrotique, aussi banal que possible, et qui se trouve à peu près le même tant chez les rachialgiques chroniques que chez les personnes souffrant de lumbago épisodique ». (1)

Cette opinion ne dispense pas de l'examen clinique et radiologique, mais elle redonne une place détermimante à certains aspects de la personnalité des malades dans la genèse et la localisation des symptômes rachialgiques.

---

(1) Evolution psychiatrique 1952, p. 107.

II. — Cénestopathies et syndrômes thalamiques

On sait, depuis les publications de SCHUSTER (1903) de PFEIFER (1910), que les tumeurs thalamiques et bulbaires (1) peuvent avoir une composante psychiatrique, plaquée sur la symptomatologie sensori-motrice du syndrôme décrit par DEJERINE et ROUSSY. Mais il revient à SMYTH et STERN (58) d'avoir individualisé en 1938, une forme de syndrôme thalamique se séparant des manifestations psychiatriques isolées, conduisant le malade vers des troubles démentiels rapidement progressifs.

Ces manifestations peuvent évoquer tous les tableaux psychiatriques. En réalité même dans le syndrôme classique les « douleurs » se colorent d'une « empreinte affective » selon le mot d'ANDRE-THOMAS. Et, si depuis les premiers travaux de WALLENBERG (1895), ROSSOLIMO (1903), DEJERINE (1906), WILSON (1909) GOLDSTEIN (1913), HEAD et HOLMES (1920), LHERMITTE (1925), on sait que les douleurs spontanées sont au tout premier plan du syndrôme thalamique, KNUD WINTHER (56) attire l'attention sur l'extrême difficulté qu'il peut y avoir à « séparer douleurs et paresthésies, ces dernières étant souvent fort gênantes, à la limite de la douleur : les douleurs sont plus fréquentes et plus violentes à la face, les paresthésies un peu plus fréquentes au corps et aux membres. Les douleurs et les paresthésies sont parfois de nature ordinaire, caractérisées comme engourdissements, fourmillements, tiraillements, etc. . . , plus souvent elles sont thermiques ou sont une combinaison de différentes sensations ». Il souligne l'étroite parenté de ces sensations avec les troubles névrotiques car « les malades ont souvent des difficultés à décrire leurs paresthésies, et ils choisissent des termes affectifs ».

De plus les douleurs thalamiques se chargent de qualités tant subjectives qu'objectives, des situations émotionnelles désagréables peuvent les déclencher ou les aggraver. Leur intensité est extrêmement variable, mais le plus souvent elles se résument à des sensations curieuses, pénibles ou indéfinissables, et l'on conçoit qu'une forme hémialgique pure (où des troubles subjectifs isolés caractérisent le syndrôme décrit par LHERMITTE) puisse longtemps être apparentée aux troubles cénestopathiques.

---

(1) SCHUSTER : Troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales. Enke éd. Stuttgard, 1902.
PFEIFER : Troubles psychiques dans les tumeurs cérébrales. Arch. Psychiatr. Nervenkr, 1910, 47, 558.

En général, cependant, quelques troubles neurologiques objectifs (abolition des photomoteurs, diplopie) précèdent l'affaissement global des facultés mentales. Néanmoins GUIRAUD (146) a pu voir dans les cénestopathies un autre aspect des troubles psychiques induits par les lésions du thalamus. Pour lui le thalamus représente le filtre sensoriel où convergent les afférences intéro-ceptives, mais dépassant la théorie de LHERMITTE, il pense que tout dérèglement, toute lésion forçant le système anatomique des centres végétatifs supérieurs, peut entraîner ce qu'il nomme des « cénestopathies dystoniques ».

Et c'est sans doute à cette conception très particulière qu'il faut rapporter les observations de syndrômes à type de cénestopathies dimidiées, rapprochées par AJURIAGUERRA et HECAEN (181) des syndrômes thalamiques hémialgiques. En effet, il n'avait pas été publié jusque là de cas de troubles cénesthésiques unilatéraux. Il s'agit de cinq observations de malades se plaignant de troubles cénestopathiques à disposition unilatérale. Trois d'entre eux ont un examen neurologique entièrement normal, et les auteurs, en notant l'éventail des manifestations présentées, pensent qu'il existe une grande analogie avec les syndrômes thalamiques, ou tout au moins « que les mêmes systèmes sont en cause. Mais tandis que, dans les atteintes de la couche optique ou de tout autre niveau organique, la crise, dans le système qui sous-tend la douleur, entraîne une attitude propre au niveau où s'est produite la désintégration, et une topographie les algies obéissant aux lois de l'anatomie et de la physiologie nerveuse, dans les psychalgies où la désintégration n'est plus d'ordre anatomique, ce sont habituellement dans les unités anatomiques symboliques (Von MONAKOW et MOURGUE) qu'apparaîssent les troubles déterminés par des perturbations des instincts, elles mêmes responsables du symbolisme des zones d'apparition. Si l'on admet, avec Von MONAKOW et MOURGUE, que des atteintes répétées de l'instinct entraînent, par leur cumulation lentement effectuée, une condensation de l'énergie nerveuse, on comprendra qu'à un moment celle-ci, irradiant dans des systèmes divers, puisse y réaliser de véritables phénomènes d'isolement. Un grand nombre de facteurs peuvent contribuer à déterminer le système en cause : nature des atteintes instinctives, intensité et fréquence de ces atteintes, constitution antérieure du sujet, situation vitale à laquelle il était lié au moment où s'est produite la stimulation, points de résistance de l'organisme. De cette manière s'expliquerait que si, ordinairement les caractères et la topo-

graphie des dysesthésies lésionnelles les séparent nettement des troubles cénestopathiques dans des cas exceptionnels ceux-ci puissent réaliser des tableaux similaires ou très voisins ; de même que le trouble lésionnel peut, en raison même peut-être de son peu d'intensité, se réfléchir à la conscience de façon inhabituelle et modifier ainsi profondément la personnalité parfois déjà fragile, se rapprochant alors étrangément des troubles instinctuels ».

Ainsi Ajuriaguerra et Hecaen, raisonnant par analogie, posent d'une part le problème d'une possible genèse organique des troubles cénestopathiques : dans la mesure où une lésion thalamique fruste vient à provoquer des phénomènes paresthésiques, sa fonction privilégiée peut colorer ces troubles d'une esthésie pénible. « Il faut donc se méfier des douleurs dites psychiques unilatérales où l'évolution prolongée peut montrer par la suite l'origine lésionnelle ».

D'autre part ils admettent une genèse plus dynamique de ces troubles, puisqu'en dehors de la personnalité antérieure, les situations émotionnelles et les conflits sociaux peuvent intervenir d'une façon déterminante. Mais on ne voit pas trop comment une situation vitale traumatisante peut engendrer des troubles cénesthésiques dimidiés, c'est-à-dire un syndrôme psychiatrique dont la distribution l'apparente à une focalisation tout organique.

En dépit de la non évolutivité des symptômes, une attitude organiciste paraît plus indiquée devant ces troubles, si ténus mais si bien partagés, qu'ils sont pour le psychiatre aux confins de la neurologie. Il n'en reste pas moins que le problème des formes cénestopathiques du syndrôme thalamique ne peut être résolu par un raisonnement inverse. On ne peut pas toujours mettre en lumière la débilité affective d'un terrain, ou une situation conflictuelle récente, et la rareté des observations incline à penser à un génie de la maladie, capable de reproduire des syndrômes cénestopathiques. C'est pourquoi la théorie de Lhermitte prend ici toute sa valeur, car elle en fournit au moins un mécanisme partiel : le thalamus, considéré comme analyseur primaire des sensations, se comporte comme le « filtre sélectif » des afférences sensitives dont il opère une certaine discrimination. Sa lésion laisse parvenir au cortex des sensations inhabituelles, donc mal interprétées, et par là même exaltées dans leurs qualités affectives.

III. — Encéphalites et névraxites

Bien que des formes mentales aient été signalées dès 1925 par WIMMER (21), les syndrômes psychiatriques sont la plupart du temps associés à des signes neurologiques qui viennent révéler le début de l'encéphalite.

Mais on est toujours frappé par leur labilité, leur caractère mouvant et polymorphe, « cette variabilité presque constante des symptômes et des syndrômes, écrivent TRUELLES et PETIT (16), dont chacun semble parfois évoluer sans liaison avec les autres ou vient au contraire se combiner subitement à eux, aboutit à des discordances étranges, à des dissociations singulières, à des tableaux cliniques aux couleurs si hétéroclites et si bizarrement bariolées que l'hypothèse d'une simulation ou d'un pithiatisme s'offre à l'esprit de l'observateur ».

Il est plus fréquent de rencontrer des troubles mentaux dans la période post-encéphalitique, notamment des états dépressifs mineurs. Mais là encore une extrême diversité les rend difficiles à placer dans un cadre nosograhique. En effet ces poussées évolutives, dépouillées du contexte infectieux, se font souvent dans une atmosphère oniroïde instable, et les phénomènes illusionnels se trouvent soumis à cette oscillation de conscience qui les porte de la simple paresthésie aux thèmes de zoopathie interne les plus délirants. « Toutes les transitions s'observent, depuis, l'impression d'eau qui coule dans les jambes accompagnée de prurit et de lésion de grattage, jusqu'à l'adhésion hallucinatoire, où le malade croît que des souris marchent sur son corps ou qu'on lui envoie de la poudre dans les yeux » (1).

Certains auteurs ont rapporté également des états névropathiques comme précurseurs plus ou moins lointains du syndrôme parkinsonien. HEUYER (69) a pu ainsi rassembler plusieurs observations de ces états qui évoluent de façon apparemment autonome, jusqu'à l'apparition des premiers signes extrapyramidaux. Nous citons une observation de « syndrôme mental dépressif de caractère psychasthénique » en raison des analogies frappantes qu'il présente avec les cénestopathies, bien que la date de l'encéphalite n'ait pu être précisée.

---

(1) HECAEN, AJURIAGUERRA, TRILLAT : Troubles mentaux au cours des encéphalites et des névraxites. E.M.C. Psychiatrie, 37.550 A 10.

Observation :

(HEUYER, SAUGUET, LEBOVICI) :

« Mme P. . . Céline, 54 ans. Apparition de troubles en 1937, sous la forme de malaises bizarres, de cénestopathies céphaliques et des membres : coups de couteau broiement. En outre, asthénie, incapacité à prendre une décision, anorexie, quelques idées tristes, dégoût de la vie sans idées de suicide, gêne de la vie familiale et sociale ; difficulté pour résoudre les problèmes actuels de la vie d'un ménage.

A l'examen (1946), aspect figé, mimique inexpressive, diminution des mouvements d'automatisme de la marche à droite; tremblement menu, roue dentée, signe du jambier ».

De cette observation elliptique, nous pouvons retirer une présentation névropathique d'une durée de neuf ans, pendant lesquels la malade s'est montrée comme déjà figée dans son élan vital. Mais les auteurs ne précisent pas la tructure antérieure de la personnalité de leur malade. *Il est donc impossible de savoir si ces manifestations se placent en rupture ou en continuité avec la personnalité.* Enfin il s'agit d'un parkinson post-encéphalitique, et à ce titre le syndrôme peut être envisagé aussi bien comme séquelle que comme signe prémonitoire. Quoiqu'il en soit il entre dans le complexe encéphalite-parkinson, et fait intervenir les mêmes problèmes pathogéniques.

Les premières recherches sur la pathogénie de ces troubles mentaux portaient sur les lésions encéphalitiques, qui malgré leur extrême dispersion, prédominent dans la région mésencéphalique. De sorte que l'on a pu considérer une grande partie de la symptomatologie mentale comme sous la dépendance de cette région. On a pu ainsi distinguer une sphère psychique corticale, où s'élaborent les fonctions noétiques, et une sphère instinctivo-affective, siège du « psychisme sous-cortical » directement dépendante des structures végétatives mésodiencéphaliques.

Mais on a remarqué également des corrélations entre les différents tableaux psychiatriques réalisés et l'âge du malade au cours de l'encéphalite. Et leur étude (FAIRWEATHER 1947 ; NYSSEN et WENS 1949) ouvre une voie plus féconde que les premières conceptions. Il y a en effet davantage de syndrômes psychiatriques à type d'arriération ou de délires paranoïdes lorsque l'encéphalite a eu lieu dans l'enfance ou l'adolescence tandis que les encéphalites de l'adulte laisse le plus souvent des séquelles à type de productions systématisées. (71, 78).

Cette corrélation met en évidence la notion que les séquelles mentales viennent retrouver le niveau de structuration atteint

par le malade au moment de l'encéphalite primitive. Chaque poussée réalise une vériable décompensation qui vient figer le malade dans son évolution et mutiler à la fois sa conscience et sa personnalité.

On peut certainement soulever les mêmes hypothèses à propos de la sclérose en plaques, dont les débuts incertains et polymorphes peuvent emprunter des caractères cénestopathiques. Citons seulement l'observation rapportée par GUIRAUD (1) d'une forme de début à type de syndrôme hallucinatoire chronique orienté « vers une forme plus cénesthésique que d'habitude ». Il signale pour la même malade que « G. DE CLERAMBAULT écrivait dans son certificat initial : paresthésies innombrables, interprétations de sensations banales, rayons X à la vessie et l'utérus, etc. . ».

Mais pour lui « la présence de plaques dans le cerveau peut expliquer la transformation des paresthésies en phénomènes pénibles non reconnus comme personnels, autrement dit en hallucinations cénesthésiques » (36).

---

(1) GUIRAUD P. : Sclérose en plaques et psychose hallucinatoire chronique. Bulletin de la Société de Clinique et Médecine mentale, 1927.

IV. — Cénestopathies et syndrômes dyssomatognosiques

Parmi les troubles neurologiques affectant le schéma corporel, la présence de phénomènes cénestopatiques est souvent évidente, et leur étude n'offre qu'un intérêt très relatif à côté des grands syndrômes de GERSTMANN et d'Anton BABINSKI. Nous ne faisons que mentionner l'exceptionnel syndrôme de GUREWITCH (46) dont l'incidence psychiatrique est contestée par beaucoup (99).

Mais on sait que la vie psychique peut se trouver gravement altérée, au point de rejeter de la conscience l'image d'un hémicorps. A l'inverse, comme l'écrit LHERMITTE (173), le malade « peut avoir l'illusion d'en saisir les apparences sensibles sous la forme de sensations coenesthésiques, tactiles et même visuelles dont le groupement et la synthèse réalisent une demi image de soi complètement évadée de la représentation consciente du schéma corporel, semblant vivre une vie propre et hallucinante ». Comme on le voit il ne s'agit point de cénestopathie, mais cette « illusion » nous amène à confronter les notions de dyssomatognosie et de troubles cénesthésiques. Y a-t-il au fond, identité ou coïncidence de troubles ? Nous voulons examiner ce problème à propos de l'épilepsie, qui paraît grouper toutes les variétés de perturbations.

Mais sans nous attacher à la séméiologie des syndrômes pariéto-temporaux, bien individualisée depuis les premières études des corrélations électrocliniques, nous voulons relever la fréquence des troubles de la cénesthésie, soit qu'ils apparaissent de façon paroxystique, soit que leur déroulement plus progressif les fasse apparaître sur un fond déficitaire permanent. Ils se manifestent dans un quart environ des formes psychiatriques pures de l'épilepsie temporale (1).

Il s'agit selon les auteurs, de phénomènes extéro entéro ou proprio-ceptifs (WEBER et JUNG), de troubles de la somatognosie ou du schéma corporel (MARCHAND et AJURIAGUERRA), de phénomènes somato-sensitifs, de troubles paresthésiques complexes, etc. . . (52, 59, 64, 66, 86, 88).

Ces différences de terminologie mettent l'accent sur la difficulté que l'on rencontre à définir des symptômes intriqués la plupart du temps, ou qui se déroulent dans une atmosphère oniroïde.

(1) GIBBS 25 %, FAURE 25 %, WEBER et JUNG 50 sur 200 cas, GOWERS 21 %.

Le degré le plus simple réalise la crise somato-sensitive élémentaire, dans laquelle la conscience est parfaitement conservée : les malades critiquent leurs perceptions qu'ils jugent erronées. A l'opposé l'aura est suivie d'une perte de conscience. « En réalité, comme l'écrit ALLIEZ (89) il existe des degrés progressifs entre les cas où la vigilance du sujet reste complète et d'autres où surgissent des manifestations d'ordre perceptuel qui constituent des formes de plus en plus dégradées de l'état de conscience ».

Dans la majorité des cas on se heurte à la pauvreté des évocations qui survivent à la crise. Les malades ont recours à des comparaisons insolites, des images imprécises et fragmentaires. Ils insistent plutôt sur l'étrangeté, le malaise général, que sur le caractère analytique des troubles perçus. Et si ces phénomènes « envahissent la conscience comme des anomalies incoercibles, importunes, et incongrues de la vie psychique » (1) on observe toujours la coexistence et jusqu'à la confusion des troubles somatognosiques et cénesthésiques. C'est ainsi que MARCHAND et AJURIAGUERRA (59) notent que les illusions de transformations corporelles au cours des accidents épileptiques « consistent en illusions concernant le volume ou la densité du corps », mais qu'elles sont le plus souvent accompagnées de troubles hallucinatoires d'allure cénesthésique affectant l'éprouvé de nos organes.

Il est naturellement impossible de retrouver avant SCHILDER, Van BOGAERT, LHERMITTE, un essai de distinction entre schéma corporel et cénesthésie. Du reste, bien des observations de DUPRE mentionnent la coexistence de troubles dont la qualité exclusivement spatiale les rapproche du schéma corporel « indépendant des sensibilités cutanées et profondes, et qui joue un rôle important quoique inapparent dans la conscience que chacun a de soi », pour s'en tenir à la première définition proposée par Van BOGAERT (47).

Au contraire SOULA (2) fait de la cénesthésie « la conscience de la position des membres par rapport au corps, du corps par rapport à l'espace, et l'on saisit bien à quelle pénétration réciproque sont portées les deux définitions. En fait, si on peut les confondre on peut aussi les distinguer, au moins par certains caractères extrêmes et spécifiques.

---

(1) H. HEY : Etude no 26, p. 561.
(2) SOULA : Précis de physiologie. Masson édit. 1947.

Le schéma corporel décrit par SCHILDER est une notion rendue nécessaire par des faits neurologiques. Elle est pour chaque hémisphère « une notion synthétique, une, de l'existence d'une moitié de notre corps et de sa position dans l'espace » (GUIRAUD, 323). Elle rend compte de la localisation spatiale et de la prise de possession du corps. Il est clair qu'une telle définition rejoint celle du « schéma postural » de Head, expérience du corps à la fois tactile, visuelle et posturale. Mais on ne peut la figer dans l'espace, elle est sans cesse modelée par l'écoulement du temps, qui ajoute au déroulement physiologique l'image de l'expérience passée. En ce sens le schéma corporel « *apparaît tout ensemble une perception, c'est-à-dire une image actuelle liée aux afférences, et une image souvenir; en d'autres termes ce que l'on entend par image corporelle comprend à la fois une présentation et une représentation* » (LHERMITTE, 173).

C'est bien dans cette perspective dynamique qu'il faut comprendre la cénesthésie. Elle est une fonction psychique primordiale venant se révéler à l'être et se refléter dans son mouvement d'être en vie. Mais elle apporte aussi une nuance affective à la conscience, nuance imperceptible dans les fines oscillations de l'état normal. En effet comme l'écrit PIERON (1) « des impressions vagues mais aussi variées, à nuance d'aise ou de malaise, constituent un fond d'origine sensitive sur lequel évoluent les états affectifs. Les impressions, qui ne comportent guère d'élément perceptif, se rattachent elles-mêmes très directement à l'affectivité ». Plus qu'un sentiment esthésique, elle peut devenir une qualité thymique, et selon l'euphorie, la béatitude tranquille, le malaise, l'éprouvé global de maladie, l'anxiété anidéique » (2).

On voit combien peuvent s'éloigner ces deux définitions de la précédente. Autant le schéma corporel se présente comme une notion analytique, spatiale, structurale, autant la cénesthésie est une perception mouvante, fonctionnelle et syncrétique. En ce sens le schéma corporel apparaît plutôt comme une somme d'intégration neurologiques, une fonction gnosique capable à chaque instant de relier à la conscience toute l'expérience que l'on à de son corps. La cénesthésie est « cette simple euphorie d'un organisme fonctionnant bien, sans besoins physiologiques inapaisés, sans troubles d'aucune sorte, dans l'ignorance des viscères et des fonctions » (RISER, 205).

(1) In. Traité de physiologie de ROGER et BINET, 1935, tome X. p. 1220.
(2) GUIRAUD : Psychiatrie clinique, 1956, p. 26.

Mais on ne peut s'étonner de la coexistence de troubles des deux sortes dans les syndrômes pariéto-temporaux. On peut s'attendre à trouver des altérations somatognosiques lésionnelles on peut y rencontrer des perturbations cénesthésiques.

Sans admettre avec les auteurs classiques, qu'elles résultent de lésions organiques, on peut cependant remarquer qu'elles se produisent pour des atteintes d'un territoire cortical privilégié, par ses relations centrencéphaliques, mais aussi par ses afférences émanées de notre corps. Ces atteintes privent le malade d'une partie de ses capacités d'intégration corporelle, en même temps qu'elles peuvent faire naître, par un mécanisme irritatif, des sensations anormales, des dysesthésies élémentaires. Or elles surviennent souvent pendant une baisse partielle du niveau de conscience et sont vécues dans une atmosphère trouble et inquiétante. Ces états de conscience et les souvenirs fragmentaires qui s'y rattachent peuvent justifier de la part du malade, une tentative d'explication par références fantasmiques, c'est-à-dire une interprétation sur un mode magique. Ainsi le phénomène dysesthésique absorbe toute la conscience et devient un « état dysesthésique » (CLAUDE, 45) où se fait la coalescence de tous les troubles perçus vaguement pendant la crise.

Et si la crise somato-esthésique, comme l'aura des accès de grand mal, s'impose à la conscience avec une impulsion incoercible, il ne s'agit pas de phénomènes délirants, dans la mesure où « quelque chose de la structure focale des troubles de conscience de l'aura persiste ici même, au sein d'une dégradation plus profonde de l'activité de la conscience » (1). Comme tous les phénomènes de caractère esthésiques, les perturbations de la sphère temporo-pariétale ont la même présence qu'une illusion (au sens où un bâton plongé dans l'eau paraît brisé si on l'incline), mais ici la condition est cette baisse de conscience, faute de quoi leur réalité demeure celle de phénomènes parasites.

Ces quelques exemples de « cénestopathies neurologiques » présentent au moins l'intérêt d'avoir fourni un terrain privilégié à l'étude du mécanisme pathogénique des délires chroniques. Nous n'avons envisagé, dans le cadre de notre thèse, que quelques aspects parmi les plus typiques, ne méconnaissant pas par exemple, l'énorme importance des syndrômes subjectifs post-

(1) H. HEY : Etude no 26, pa. 562.

commotionnels et les difficultés qui président à l'inventaire complet des dommages dans leur atmosphère si particulière Mais nous avons voulu nous tenir aux cas typiques, exempts de toute étiologie patente et de signes neurologiques spécifiques.

C'est ainsi que la forme incipiens des syndrômes post-encéphalitiques et dyssomatognosiques, les formes frustes du syndrôme thalamique, et surtout les formes cénestopathiques des cervicarthroses, ont pu donner aux théories organicistes, chacune à son « étage » anatomique, leurs assises les plus solides. Et quelles que soient les variantes, — imposées par le niveau des structures nerveuses intéressées, — elles convergent toutes vers une interprétation plus ou moins élaborée des troubles mentaux à partir d'une localisation déterminante.

Dupre, nous l'avons vu, n'est pas sans admettre une part constitutionnelle dans le pronostic des cénestopathies, mais quant à leur déterminisme, sa doctrine est « périphérique ».

Riser, au sujet des formes psychiatriques mineures des cervicarthroses, parle de « cénestopathies acquises » (205) et pense qu'il peut apparaître des cénestopathies créées de toutes pièces « en rupture de continuité avec le fonds mental », à partir de lésions chroniques de la chaîne sympathique. Cette conception neurologique des cénestopathies peut apparaître comme une interprétation qui se réfère, — à un degré plus élevé dans la hiérarchie des centres nerveux — à un mode d'explication des symptômes psychiatriques par l'effet d'une altération de structures anatomiques définies.

La conception de Guiraud, exprimée dès 1922, est également fondée à l'origine sur un secteur particulier de troubles neurologiques. Elle offre l'intérêt d'avoir permis l'élaboration de toute une doctrine organiciste des délires à partir des perturbations de « l'éprouvé global d'être en vie », ou « cœnothymie », qui est l'équivalent de la notion de cénesthésie. Pour Guiraud il existe un psychisme sous-cortical dévolu aux fonctions diencéphalo-thalamiques. Et si l'on considère avec lui que le thalamus est non seulement un relai primaire où se font l'impact et l'in-l'intégration des afférences, mais aussi un centre activateur et régulateur de la conscience thymique primordiale, on peut admettre, à l'origine des manifestations anormales de la vie psychique, une anomalie des phénomènes affectifs ou « hormothymiques ».

Mais associant à cette théorie dynamiste des bases plus organiques, il écrit que « cette anomalie peut résulter aussi bien d'insatisfaction et de conflits vitaux graves et réitérés dans le domaine de l'instinct, que de causes morbides organiques atteignant le territoire nerveux, support de la vie hormothymique, avec habituellement prédisposition héréditaire » (1).

Par là se relient, dans la conception de GUIRAUD, les idées hypochondriaques et les formes frustes du syndrôme thalamique : l'hypochondrie et les délires chroniques ne sont que des cénestopathies pures.

Cette conception a trouvé dans les études des neuro-physiologistes contemporains, la confirmation du rôle capital de la région centrencéphalique dans les phénomènes élémentaires de conscience. Mais en dehors de la discussion fondamentale que l'on peut élever sur l'organogenèse des délires et qui vaut pour toutes les théories mécanicistes, il faut reconnaître que les observations anatomo-cliniques de syndrômes thalamiques d'expression cénestopathique sont extrêmement rares au regard de la fréquence des structures névrotiques de style hypochondriaque.

---

(1) GUIRAUD : Psychiatrie Clinique, p. 197.

B. — *AU COURS D'AFFECTIONS DIVERSES*

I. — Cénestopathies légitimes, et nosophobies prémonitoires

Il est curieux de voir que les cénestopathies ne sont pas l'apanage des lésions du système nerveux, en tant que fondement instrumental des activités supérieures.

Il arrive qu'elles précèdent ou qu'elles accompagnent des maladies traduisant des troubles somatiques ou biologiques, et qui peuvent ainsi s'accompagner, s'annoncer, ou évoluer dans un climat névropathique. Dide et Guiraud (146) les envisagent avec les états neurasthéniques, comme des « cénestopathies légitimes », c'est-à-dire où « le symptôme essentiel est un état pénible continu de la sensibilité obscure des différents viscères et de l'organisme en général, Nous appelons ces états « légitimes » parce que reposant sur les lésions internes réelles, mais dont la cause n'est pas toujours décelable ».

En 1927, Austregesilo (26) étudie les troubles nerveux dans certaines parasitoses tropicales. A côté des cénestopathies, il cite la neurasthénie, les phénomènes hystériques, les vertiges, etc. . . Mais il s'agit pour lui de troubles rares, et de pathogénie complexe, essentiellement toxique et carentielle.

En 1949, Aubin et Gachkel (80), à propos d'un cas de rage où la période d'invasion, particulièrement phobique, est émaillée d'une anticipation des symptômes subjectifs, pensent qu'il faut distinguer cette forme clinique dans les cénestopathies légitimes « Nous proposons de nommer nosophobies prémonitoires les états névropathiques ou psychopathiques où le sujet, hanté par la crainte d'une maladie déterminée, croit en ressentir les symptômes, soit pendant l'incubation, soit même avant qu'elle ait été contractée. L'observation prolongée du malade montre ultérieurement le développement de l'affection redoutée. . . Des faits de ce genre pourraient prendre place à côté des cénestopathies légitimes, telles que les conçoivent Dide et Giraud. Nous ne trouvons cependant ni les étiologies (infections localisées interminables, auto-intoxication chroniques, involutions artério-sclé-reuses), ni la symptômatologie faite de douleurs viscérales pénibles ».

On pourrait rapporter aussi les innombrables descriptions des maladies imaginaires étudiées par NATHAN, des alcalosiques (MONTASSUT), des insuffisants endocriniens, des lithiasiques, des digestifs frustes, où la symptomatologie est des plus vagues, des plus changeantes, et le plus souvent noyée dans une atmosphère imaginative, inquiète, tendue. . . On a parlé, à propos de ces syndrômes protéiformes, de diathèse, de dérèglements neurovégétatifs, d'affections psychosomatiques. Mais il est bien rare de pouvoir avancer une preuve patente devant l'énorme importance de l'élément subjectif, reflet obscur de ce « complexe hypocondriaque immanent à la nature humaine ». Il s'agit en effet d'un état de mal-être, d'une dysharmonie confuse dans l'éprouvé de notre corps, venant affleurer à la conscience, et « faire corps » avec l'histoire du malade.

Et c'est pourquoi nous ne pourrions parler de cénestopathies « que dans un sens très différent de celui de DUPRE » comme le remarquent DIDE et GUIRAUD ; mais il ne sert à rien d'admettre que ces syndrômes témoignent d'un affinement particulier de la cénesthésie, qui est plutôt une conséquence qu'une cause.

Ainsi nous rejoignons MARGUERY pour conclure que « ces malades sont des hyperémotifs, avec prévalence d'impressions sensitives diverses, véritable état d'intériorisation sensitive, de repli sur soi, à la faveur de perturbations organiques variables et multiples, nées indépendamment ou le plus souvent à l'occasion de l'inacceptation « inconsciente » des conditions générales de vie, avec anxiété, traduisant une situation conflictuelle plus ou moins profonde » (1).

---

(1) MARGUERY : Thèse, p. 55.

II. — Troubles vasculaires

Les travaux de Baruk, résolument engagés vers une doctrine organiciste, vasculaire, tendent à rapprocher et même à fusionner les cénestopathies dans une pathogénie uniciste (51, 153, 171, 200, 236).

Ayant observé que certaines affections cérébrales d'origine vasculaire peuvent s'accompagner de troubles cénesthésiques, il pense que la pathogénie vasculaire joue certainement un rôle dans les cénestopathies « dites essentielles ». Il présente deux observations, l'une de phénomènes cénestopathiques précédant une crise bravais-jacksonienne dont ils constituent l'aura, et l'autre plus importante, représentant les « cénestopathies dites essentielles ». Cette seconde obsrvation, longuement développée, rapporte des troubles localisés à la face, « dans la langue et dans la bouche ». La présentation et le langage de la malade sont ceux d'une cénestopathe indiscutable. Il s'agit essentiellement de sensations locales, de gonflement, de corrosion, de corps étrangers, etc, qui disparaissent pendant la mastication et surviennent par périodes, en alternance avec les phases dépressives.

Tout diagnostic neurologique étant écarté, on découvre de petites lésions capillaires dans la cavité buccale de la malade et Baruk pense qu'elles « constituent un véritable substratum organique aux troubles subjectifs persistants qu'elle accuse, la sensation de gonflement, d'enflure, s'explique bien par l'existence d'une vasodilatation capillaire », etc. Et cet auteur de conclure à « l'existence possible de certains troubles artériels, veineux ou capillaires, sur le territoire de cénestopathies dites essentielles. Dans ce dernier cas on ne retrouve pas certes, de signes d'atteinte organique cérébrale spéciale ; cependant ces cénestopathies apparaissent très souvent à la suite d'une dépression nerveuse générale, et de véritables signes d'ébranlement du système nerveux portant à la fois sur l'état physique et l'état mental ».

Cette observation, remarquablement développée, vient donc mettre en parallèle les cénestopathies apparues au cours de malformations vasculaires cérébrales, et les cénestopathies dites essentielles, dont le trouble premier est une insuffisance d'irrigation. Cette idée, reprise et poursuivie à travers diverses observations, l'amène à conclure, dans son ouvrage sur la Désorganisation de la Personnalité : « Il semble donc que les troubles

cénestopathiques puissent correspondre à une modalité très spéciale et incomplète de troubles vasculaires, perturbations gênant légèrement peut-être l'irrigation, mais néanmoins insuffisante à entraîner une grosse ischémie, bien que dans de nos cas, nous avons vu tout de même se produire à la longue des phénomènes de sclérose dans l'aponévrose du territoire de la cénestopathie » (204).

A cette théorie on peut élever quelques critiques. L'auteur estime que la découverte de troubles vasculaires dans le territoire des troubles apporte la révélation de leur cause présumée ; mais rien ne s'opposerait à penser à une coïncidence plutôt qu'à « une liaison incontestable entre le phénomène organique » bien que les cénestopathies au cours de phénomènes organiques soient une réalité indiscutable. Pourquoi établir une analogie entre troubles vasculaires et périphériques quant à leurs conséquences ? Dans le cas de l'angiome cérébral il s'agit de la projection neurologique d'une lésion cérébrale précise ; dans l'observation que nous rapportons ici, on ne peut que constater que des lésions vasculaires localisées superposables à une partie des troubles cénestopathiques. Ne peut-on trouver dans les nombreuses péripéties affectives de la malade quelques arguments pour rendre compte d'une structure névropathique antérieure qui pourrait expliquer, par l'attitude devant la douleur, le mode de transformation des impressions subjectives en interprétations anxieuses. Mais le problème dynamique de la personalité de la malade n'est qu'à peine ébauché ; il semble que l'auteur ait voulu accorder à cette théorie vasculaire une portée qu'elle ne saurait avoir, car elle ne peut répondre des cas évidents de cénesttopathies essentielles.

III. — Troubles biologiques

Intoxications

Parmi les innombrables intoxications dont le tableau clinique s'accompagne de sensations anormales, il en est qui, tout en respectant une certaine lucidité, — au moins dans leur phase initiale — favorisent l'éclosion d'hallucinations psycho-sensorielles multiples. Elles se déroulent il est vrai dans une atmosphère plus ou moins dégradée, allant d'un état de griserie légère au coma, en passant par des niveaux de conscience où l'on retrouve les états mixtes, les états oniroïdes et le niveau confusionnel.

On connaît également la fréquence des dysesthésies et des cénestopathies qui se rencontrent à la période aiguë de diverses toxicomanies. Il est classique de rappeler le cas du cocaïnisme, où la phase confusionnelle, à côté de phénomènes d'automatisme mental, se caractérise par une multitude hallucinatoire d'insectes, de coups d'aiguilles sur la langue et les doigts.

Les anciens auteurs (8), parlant de l'hallucination tactile comme symptôme pathognomonique, évoquent la « punaise cocaïnique » dont la pullulation féroce tourmentait l'épiderme des toxicomanes. Et Chaslin (295) notre que ces hallucinations « peuvent aussi se rencontrer dans les délires de rêve toxiques, infectieux, etc. Dans le morphinisme il y a parfois quelque chose d'analogue ».

Nous pouvons rapporter ici un extrait de l'observation de Clérambault sur un délire de cause chloralique (5) où les troubles cénesthésiques prodominent et émergent de la conscience crépusculaire avec l'acuité cruelle d'hallucinations peu nuancées :

Observation :

«Il lui semble qu'on lui tord les entrailles, qu'on les perce avec des grilles, qu'on les lui tire hors de l'abdomen. Elle sent sa gorge sèche et comme enduite de poudre, ses lèvres épaissies, sa peau sèche. Le vagin dit-elle, a été attaqué et partiellement réséqué : la partie qui reste pend comme un bout de boyau. Des sortes de petites machines lui graillonent dans les talons, la plante des pieds est rêche, comme s'il en sortait des poils de brosse, les doigts de pieds sont cousus ensemble. On a enlevé et recousu un morceau. En diverses places la peau est déchiquetée comme par des débris de verre ou de fer. On lui lance dans les yeux des morceaux de verre ».

Les cénestopathies font toujours partie d'une ensemble clinique, et leur intérêt n'est pas le fait de les reconnaître ou de les décrire, mais plutôt de les observer comme une manifestation privilégiée du vécu oniroïde dans lequel se déroulent les phénomènes d'intoxication. Ici, à la faveur d'un état oniroïde, l'irruption hallucinatoire s'enchevêtre avec les phénomènes sensitifs. Et malgré une conscience partielle des troubles, on voit le passage instantané de la sensation aiguë, imputable à des phénomènes toxiques, à l'hallucination qui vient s'inclure dans un délire de persécution.

Tout se prend alors dans une commune explication : on l'a agressée, on l'a mutilée, on la torture, et tout provient d'une action extérieure. En ce sens, les phénomènes cénestopathiques eux-mêmes subissent une mutation délirante, et rejoignant l'expérience agressive de la conscience oniroïde, ils viennent enrichir « l'imposture hallucinatoire » (MERLEAU-PONTY, 307) subie par la malade.

Spasmophilie et troubles humoraux

Bien qu'il n'existe pas de parallélisme étroit entre le taux de la calcémie et les troubles psychiques liés à l'insuffisance parathyroïdienne, il n'est pas rare d'observer des troubles mineurs, dont les paroxysmes font toujours rechercher une hypoparathyroïdie biologique, et dont le groupement constitue la spasmophilie.

Il s'agit d'un syndrôme parfaitement défini dans sa forme banale, et où la crise de tétanie vient sporadiquement confirmer le diagnostic. Mais on rencontre aussi fréquemment des formes moins classiques « où un symptôme inhabituel domine la scène, alors que l'absence de contractures symétriques des extrémités ne permet pas d'emblée d'évoquer le diagnostic de tétanie » (KLOTZ, 1958, 109). Parmi ces formes aberrantes, évoluant la plupart du temps sur un terrain névropathique manifeste, on peut relever avec (JOYEUX, 1958, 108) un groupe mal défini, aux troubles cénesthésiques nombreux, et « qu'il convient de rapprocher et d'identifier aux troubles cénestopathiques que DUPRE a décrits en 1907. Comme le cénestopathe de DUPRE, le spasmophile se plaint parfois avec précision et simplicité (ce qui est pour nous significatif), plus fréquemment avec un luxe de détails, d'interprétations anatomo-cliniques fantaisaistes, des comparaisons saugrenues, un manque de critique et de précision manifeste, une mimique, des gestes éloquents, expressifs, avec prolixité ».

Cette prolixité s'applique à démontrer dans toutes ses dimensions, tout l'éventail possible des sensations les plus insolites, les plus déconcertantes. Ce qui frappe surtout, c'est l'acharnement du spasmophile à les faire vivre avec une intensité vibrante. Volontiers revendicateurs, il se livre à une description surabondante, imposant lui-même son diagnostic avec une conviction agressive.

Et comme le remarque JOYEUX, chacun « trouvera de multiples diagnostics selon sa spécialisation et sa tournure d'esprit, et le spasmophile sera propulsé tour à tour d'un spécialiste à l'autre pour aboutir au psychiatre, chez lequel selon sa formation, le diagnostic d'hypochondrie ou de névrose d'organe s'imposera ».

Comme les autres manifestations cénestopathiques « légitimes », le syndrôme psychiatrique de la spasmophilie pose la

question de son mécanisme pathogénique. Et l'on peut admettre, avec el même auteur, que les causes déclenchantes soient purement hormonales, puisque « le traitement biologique spécifique fait disparaître rapidement ipso facto, ces « sensations imaginaires » qui évoluaient parfois depuis des mois et des années, sans aucune psychothérapie (méritant ce nom) complémentaire ». (JOYEUX, loc. cit.)..

On peut remarquer seulement que cette position, étayée par une masse de documents cliniques, élude un autre aspect du problème, celui d'une perturbation biologique capable éventuellement de désiquilibrer un « pilier somatique » dans une personnalité antérieurement fragile.

Cette conception paraît assez proche du « mécanisme des cénestopathies » proposé par PLANQUES en 1951 (199). Elles résulteraient d'une hyper-excitabilité neuro-végétative à la fois cause et effet d'une imparfaite socialisation de l'individu, et sur laquelle se greffent des sensations anormales, modifiées par une élaboration intellectuelle parasitaire.

Or si l'examen ne laisse apparaître rien que de très banal, l'auteur pense que la parathyrone peut se montrer efficace, sans pour autant que la psychothérapie perde ses droits.

Cette attitude plus souple tient compte de la structure antérieure de la personnalité, dans laquelle sont toujours visibles les stigmates de DUPRE. C'est pourquoi sans négliger le problème endocrinien qui ne paraît pas spécifique, il semble aussi indispensable de ne pas négliger d'éventuelles interférences somato-psychiques.

Cette pénétration réciproque imprègne une grande partie de la pathologie humorale. Et il faudrait citer les travaux de MONTASSUT (172) sur « la diathèse alcaline »; les troubles psychiques dans les états d'hypoglycémie (SIGWALD, 40); les études sur les psychoses azotémiques (CULLERE, 1). Nous mentionnerons également la publication de GAYRAL et COLL. (121), sur les porphyries, dans laquelle les troubles mentaux prennent habituellement une grande part.

L'auteur signale la prédominance d'une tonalité dépressive, qui comporte « une anxiété hypochondriaque, concentrée sur les douleurs des membres et du tronc, et exprimée en permanence avec un grand luxe d'images et de débordements verbaux jusqu'à atteindre le tableau de la grande cénestopathie de DUPRE. On ne peut cependant qu'être frappé par la coexistence de douleurs

authentiques, qu'un terrain mental préformé ou occasionnellement exacerbé exploite sur un mode psychonévrotique prévalent ».

A l'aide de ces exemples, choisis parmi les plus banaux, nous avons voulu montrer *l'extrême variété que peuvent emprunter les cénestopathies dites légitimes.* C'est dans des cas aussi courants, tels que la médecine quotidienne peut en rencontrer d'innombrables, que se pose au fond le problème principal des cénestopathies légitimes : celui d'être reconnues comme symptômatiques et donc comme « fausses ». Il n'est pas de consultation médicale ou chirurgicale qui n'ait dans ses dossiers ses « fonctionnels », ses « névropathes », ses « pithiatiques », auxquels il faut un jour ajouter un diagnostic somatique ou une intervention chirurgicale. Car le problème fondamental que posent ces malades est toujours dans la même ambiguïté symptomatologique.

Sujets irritants parce qu'assidus et importuns, malades dont les signes cliniques miment — quand ils ne la caricaturent pas — la maladie qu'ils n'ont pas ; leurs multiples hospitalisations, leurs dossiers anciens et épais leur valent parfois le terme désobligeant de « cénestopathes », et la même impatience devant la même persévérance.

Selon l'orientation et la formation thérapeutique des médecins, la force descriptive et l'insistance des malades les met tantôt sur le chemin des interventions récidivantes, et tantôt, — s'il leur est reconnu le droit d'être malades — sur celui des investigations spécialisées les plus diverses, quand ils n'en arrivent pas à « vivre » de leur maladie. C'est donc la méconnaissance des cénestopathies qui constitue le point central du syndrôme.

Car devant les cénestopathies, deux attitudes sont en général observées qui par des voies opposées, ne parviennent d'ailleurs qu'à la même incompréhension de ces malades. L'attitude organicienne suit avec une rigueur absolue le déterminisme des symptômes. Elle établit scrupuleusement une carte séméiologique des cénestopathies, et en déduit le traitement rationnel. Si le syndrôme persiste, et devant le caractère « névropathique » de la présentation du malade, celui-ci est considéré comme simulateur, ou pithiatique ou encore cénestopathe, avec un sens nettement péjoratif. Et les examens ultérieurs, éventuellement rendus nécessaires par le retour du malade, ne servent qu'à confirmer superficiellement cette impression d'ensemble solide-

ment établie lors du premier examen. Cette attitude peut avoir, on le conçoit, des conséquences dangereuses pour le malade car en fin de compte, c'est une attitude de refus.

Elle part du postulat que le cénestopathe est un malade somatique, et schématiquement on peut dire qu'elle doit lui imposer une thérapeutique exclusivement somatique. S'il s'agit de symptômes sans base organique, ou de symptômes latents, une telle attitude présente le risque d'ancrer le malade dans sa maladie, qu'il connaît, qu'il approfondit à chaque séjour hospitalier, et dont il finit par user de façon ostentatoire.

Si la découverte d'un diagnostic permet un traitement étiologique, on peut conclure que la cénestopathie somatiquement guérie, va survivre en tant que structure préformée, car elle contient, malgré la part organique, une sorte de « prédisposition » névrotique incontestable à la maladie.

Enfin la lassitude des médecins expose peut-être au risque le plus redouté, celui de laisser se constituer chez le « cénestopathe » chronique un véritable syndrôme organique, toujours camouflé derrière l'exubérance des symptômes.

Quoiqu'il en soit, cette position voit trop souvent dans les cénestopathies des fausses maladies ou des symptômes majorés, en concédant tout au plus que hyperexcitabilité neurovégétative. Elle équivaut en fait à ne jamais y trouver un autre symptôme, celui d'une maladie mentale.

Inversement, l'autre attitude envisage une formation psychogène des cénestopathies, et l'écueil principal de cette position trop exclusive est assez clair pour que l'on n'ait pas à rappeler les exemples célèbres de ces formes organiques dont le cancer ou le mal de Pott n'avait pas fait sa preuve. Cette coïncidence de troubles organiques et de syndrômes psychiatriques intriqués est trop connue pour que l'on ne doive pas se contenter de dire que les cénestopathies sont de simples hallucinations. Il ne faut pas méconnaître cependant le caractère structural de la cénestopathie, dépendance de l'hypochondrie dont elle est une forme mineure. Et avant d'étudier la personnalité du cénestopathe, nous pouvons déjà écrire que les critères de diagnostic reposent avant tout sur l'angoisse névrotique, qu'elle soit plus ou moins somatisée dans un syndrôme métaphorique. Par ses caractères aberrants et outranciers, la cénestopathie touche à l'hystérie, démonstration flagrante de la fausse maladie. Mais par sa composante anxieuse visible à l'intensité des réactions émotives et qui

imprègne tout le comportement du malade, elle se rattache aussi aux états dépressifs mineurs, dont elle constitue bien souvent le premier pas.

Mais tout en se développant dans cette distorsion inconsciente qui dévalorise et culpabilise « ce lamentale triomphe morbide » (1) de l'hypochondrie, la maladie appartient aussi à l'histoire même du malade, et c'est pourquoi elle doit être étudiée sur deux plans à la fois : comprendre les motifs d'angoisse du cénestopathe, pendant que l'on recherche une « épine organique », éventuel facteur de cristallisation légitime.

En effet ces malades ont avant tout une « histoire », où se retrouvent des facteurs familiaux et sociaux d'immaturation affective, et surtout un conflit existentiel coïncidant avec le début des troubles. Pour de tels sujets, tous les contacts sont infiltrés d'une fondamentale insécurité, tous les événements de la vie laissent une profonde empreinte affective, émotions banales comme agressions somatiques, mais les difficultés familiales professionnelles ou organiques, peuvent brutalement rompre leur équilibre précaire. De sorte que l'éclosion de symptômes névrotiques les installe dans la maladie, occasion et refuge à la fois.

Il est évident qu'une thérapeutique biologique spécifique peut guérir biologiquement de tels malades comme l'écrit JOYEUX pour la spasmophilie, et laisser inchangé l'infantilisme affectif auquel elle ne s'adresse pas. Mais une conception moins somatogène de la maladie doit également s'attacher à l'étude de la constellation névrotique dans laquelle elle se déploie, comme facteur convergent de désorganisation.

C'est ainsi que se dévoile l'importance fondamentale des facteur psychologiques dans le déterminisme directe ou indirecte de ces troubles fonctionnels qui s'éclairent dans les conceptions nouvelles de la médecine psycho-somatique, que nous envisagerons dans la seconde partie de notre étude.

---

(1) HESNARD : L'univers morbide de la faute, 1949, p. 142.

II

CÉNESTOPATHIES ASSOCIÉES AUX SYNDROMES MENTAUX

A. — *PSYCHOSES AIGUES*

I. — Mélancolie

Dès le début de l'accès mélancolique et souvent dans un stade prodromique, les altérations de l'humeur et du caractère s'associent à des malaises cénesthésiques divers, qui à eux seuls peuvent déjà alarmer l'entourage, ou même amener le malade à consulter. Ce sont des troubles cardiovasculaires indéterminés, des malaises gastriques et respiratoires, et souvent aussi des céphalées avec impression de « tête vide » que DUPRE rattache aux troubles de la cénesthésie psychique.

A la période d'état, les idées de dépréciation corporelle font partie du tableau de la mélancolie, et en clinique psychiatrique, c'est dans les états dépressifs que l'on observe la plupart des thèmes cénestopathiques. Ils sont multiples et fragmentaires, intriqués aux idées de transformation, de possession et d'influence qui se projettent dans l'expérience catastrophique vécue par le mélancolique. Là encore DUPRE relie les cénestopathies à la mélancolie, lorsqu'il écrit que « les cénestopathies, après avoir longtemps évolué à l'état pur, sans association vésanique, se compliquent de troubles psychiques d'ordre dépressif et délirant ». (1). Mais on ne peut distinguer aucune différence entre cette forme que l'on pourrait nommer « cénestopathie mélancolique » et la mélancolie délirante à forme hypochondriaque. Au contraire la définition des cénestopathies ne se prête pas comme celle de l'hypochondrie, aux idées de culpabilité, de dépréciation, de persécution ou de transformation, que dans sa structure même, la conscience mélancolique « utilise » à son élaboration délirante.

Et lorsque DUPRE, dans la gradation des troubles cénestopathiques, rapporte les « impressions de paralysie, de congestion, d'anémie, de mort, de pourriture, de carie, d'état de bouillie, etc. . . » (2) , il annexe de toute évidence un authentique délire de négation, délire qui ne sort pas du cadre thématique de certaines formes hypochondriaques de mélancolie. Dans sa tentative de délimiter un syndrôme aux multiples possibilités évolutives, DUPRE se laisse entraîner à trop élargir sa description clinique, dans une perspective nosographique trop théorique

(1) Mouvement Médical, 1913, 1, 12-17.
(2) Mouvement Médical, 1913, 1, 12-17.

sans doute. Et ce fait est particulièrement saisissant dans le cas des syndrômes dépressifs lorsque, mutatis mutandis, il englobe dans les cénestopathies des éléments séméiologiques d'une construction psychotique déterminée dont les cénestopathies elles-mêmes peuvent faire partie en tant que symptômes. Si les relations entre cénestopathies et états dépressifs méritent d'être soulignés, parler de « cénestopathies accompagnées » réalise un renversement des valeurs qui conduit à l'incohérence. Il n'en reste pas moins que les états dysesthésiques sont extrêmement fréquents au cours des syndrômes mélancoliques. Replacés dans leur perspective normale, ils s'incorporent au vécu mélancolique, comme des éléments plastiques dont la durée ne dépasse pas en règle celle de l'accès. Ils peuvent cependant persister, mais ils perdent alors leurs caractères de production délirante, comme en témoigne l'attitude de perplexité critique ou de détachement avec laquelle les considèrent les malades au sortir de la crise. Nous rapportons ici l'observation d'une psychose maniaco-dépressive aux épisodes mélancoliques multiples et actuellement traitée en cure ambulatoire dans la Clinique Neuro-Psychiatrique de Toulouse.

Observation :

Mademoiselle Lapl... Juliette, 82 ans.

Antécédents familiaux : R.A.S.

Antécédents somatiques : exérèse du rein droit en 1931, pour pyélonéphrite (Professeur Mériel), ménopausée à 50 ans.

Antécédents psycho-pathologiques : célibataire, vit seule d'une petite retraite.

1921 : état d'agitation anxieuse à la mort de son père. Traitée 6 mois en hôpital psychiatrique.

1937 : à la mort de sa mère, petit état dépressif réactionnel ; traitée en clinique.

1961 : à l'âge de 79 ans, à la suite d'un traumatisme affectif minime, état dépressif où se révèle un élément déficitaire modéré : troubles du comportement, ne fait plus ni cuisine ni ménage, se laisse aller. Troubles de la mémoire de fixation, mais pas de désorientation temporo-spatiale. Quelques thèmes mélancoliques pauvres, stéréotypés ; idées de culpabilité, d'incurabilité : « Souvent un Monsieur venait me voir pour prendre de mes nouvelles. Un jour j'étais sortie et quand je suis rentrée j'ai su qu'il était venu. J'ai été contrariée, mais contrariée, j'ai senti mes pensées qui partaient toutes en arrière, et mes nerfs qui descendaient vers la nuque. . . Puis j'ai eu la bouche pleine de nerfs. . . Je suis bien malade, je ne m'aime plus, j'aimais Dieu, je ne l'aime plus. . . , Je ne suis plus moi, je vais devenir folle, etc. . . ».

Amélioration après neuf électrochocs. Disparition de l'anxiété et de la cénestopathie. Persistance d'un syndrôme involutif léger. Intervalle libre de bonne qualité. Vit seule chez elle.

Rechute psychotique en décembre 1962 sans facteur déclenchant précis. Hospitalisée le 15 décembre 1962, elle évoque presque un état mixte, extériorisant des thèmes cénestopathiques ou dépressifs dans un langage imagé, pittoresque, presque avec le sourire : « J'ai senti depuis quelque temps ma tête qui n'était pas pareille, je suis allée au Docteur. Il a beau me soigner mes nerfs ne veulent rien entendre. Les nerfs me sont montés au visage. Depuis ils n'ont pas changé. Ils me tirent le visage du front au menton, puis ils remontent, et ils me font faire une grimace, ils sont comme trop courts. (grimace et sourire). Il y a des fois où ça me griffe comme des épines, ça me fait comme des aiguilles tout le long du front, du nez, de la bouche. Je ne trouve aucun plaisir. Vous voulez me guérir, je vous dis que je le crois, mais je vois que mes nerfs n'ont pas assez de place dans la figure. Ils sont comme s'ils ne voudront jamais s'arrêter de chercher leur place, et je crains de ne pas pouvoir guérir ».

Même déficit mnésique. Placée après traitement en maison de repos. Très améliorée.

Juillet 1963 nouvelle hospitalisation. Etat dépressif avec mêmes thèmes cénestopathiques. Amélioration rapide. Depuis revient périodiquement dans le service.

Bonne tonalité thymique, persistance isolée de quelques troubles dysesthésiques estompés, à l'égard desquels elle semble avoir pris quelque distance actuellement. Pas d'aggravation de l'état involutif.

En conclusion, état mélancolique simple récidivant, avec inhibition intellectuelle, tendance au monoidéisme, dans un tableau involutif modéré. Mais l'élément dysesthésique est particulièrement important dans le récit de la malade. Le début des troubles trouve son « occasion » dans un événement insignifiant, et cependant d'une valeur affective considérable chez cette malade fragile.

Mais leur constance dans le temps est remarquable. Ils se majorent en période de crise, s'associent aux thèmes délirants, pour reprendre leur existence « autonome », sans participation thymique, dans l'intervalle des accès. Enfin ils sont fixes, et un épisode mixte en 1961 nous les montre immuables, ce qui donne une note d'incohérence aux plaintes de la malade.

Actuellement, le syndrôme se manifeste par des oscillations thymiques mineures et labiles, la malade n'a pas de préoccupations morbides sur sa santé en dehors de ses petits accès.

Une telle observation nous paraît assez bien illustrer les rapports de la psychose maniaco-dépressive et des cénestopathies. Sur le plan clinique, les plaintes ne subissent aucune distorsion dans leur interprétation, elles se retrouvent indentiques, au point où les avaient « découvertes » la malade à chaque accès. De ce fait, le terme de cénestopathie paraît mieux les qualifier. Sur le plan

nosologique, on pourrait y voir un syndrôme cénestopathique pur, périodiquement compliqué d'un accès dépressif. Mais il est plus logique de considérer que la tonalité de base de cette malade permet l'extériorisation de quelques malaises cénesthésiques, — traduction symbolique d'une insertion mal assurée dans l'existence — et dont la persévération discrète témoigne du niveau de cicatrisation de sa psychose maniaco-dépressive.

En dehors du tableau classique de la psychose maniaco-dépressive, il faut signaler ses formes mineures, souvent méconnues, et dans lesquelles un symptôme aberrant peut occuper la scène. Déjà rapportées par LAIGNEL-LAVASTINE (145) pour les nombreuses erreurs dont elles peuvent faire l'objet, elles sont étudiées par MONTASSUT, BAYLEY et CENAC (148), qui soulignent les rapports étroits qui relient cénestopathie et périodicité. Dans sa thèse LONGUET (167) montre que les symptômes isolés « alternent fréquemment avec les accès mélancoliques typiques » et qu'ils peuvent être considérés comme des formes monosymptomatiques de la mélancolie. Mademoiselle GEVAUDAN (169) précise également dans sa thèse inspirée par BARUK, l'association ou le balancement des syndrômes névropathiques et des manifestations périodiques de la mélancolie.

Mais c'est surtout au Symposium sur les Etats dépressifs en 1954, que sont envisagés sous une vue globale, les problèmes que posent ces formes névropathiques dans lesquelles les cénestopathies prennent une part non négligeable. « L'accès brutal et profond de mélancolie et l'accès de dépression névrotique relèvent, écrit H. EY (273), en dernière analyse, d'un même processus fondamental, celui d'une destructuration de la conscience ». Mais sur un plan non seulement pragmatique mais clinique, cette étroite analogie peut être source de confusion, et LABOUCARIE (215, 232, 246) après avoir rappelé le camouflage séméiologique, les similitudes étiologiques et la même réductibilité thérapeutique de tous les états dépressifs, insiste beaucoup sur le fait que « l'efficacité thérapeutique de la convulsivothérapie, donc en pratique de l'électrochoc, est tellement constante dans toutes les crises dépressives, que l'électrochoc a la valeur d'un traitement d'épreuve. C'est une évidence pour la plupart des crises mélancoliques. C'est trop souvent méconnu pour certaines mélancolies atypiques et surtout pour les dépressions névrotiques ». Cette observation est significative :

Observation :

Mme S. . ., 55 ans, entre en clinique le 31 décembre 1959. Depuis septembre 1959, elle se plaint de troubles de l'équilibre, de sensations vertigineuses accompagnées de déplacement des objets et parfois même de nausées. Secondairement, sont apparus des bourdonnements d'oreille bilatéraux, qui ont progressivement pris une intensité intolérable, à type de sifflement, de tintamarre, permanents dans la journée, accentués le soir. Elle consulte médecins et spécialistes, qui pratiquent de nombreux examens cliniques et paracliniques à la recherche d'une hypothétique organicité. Examen du fond d'œil, électro-encéphalogramme, épreuves spécialisées O.R.L., radiographies du crâne, de la colonne cervicale, autant d'examens qui sont restés négatifs. C'est en dernière ressource que la malade est adressée au psychiatre.

A l'entrée, l'examen psychique révèle l'exitence d'un arrière-fond dépressif qui fait porter l'indication d'une épreuve thérapeutique. Une courte série d'électrochocs sous narcose et curare permet d'obtenir une rémission rapide et totale.

Nous revoyons cette malade en juillet 1960. Elle confirme que le dernier traitement a « fait merveille ». Mais, à la suite d'un épisode grippal survenu en juin, sont apparus avec la même intensité, les mêmes caractères cliniques, les sensations subjectives précédemment éprouvées. L'examen neurologique est toujours négatif. Une seconde série d'électrochocs détermine une rémission immédiate des troubles. Après le deuxième électrochoc, la malade avoue que « les bruits sont encore présents si elle y regarde bien », que « quand elle se couche il lui semble qu'il y a quelque chose. . . ». Après le troisième électrochoc, sédation complète : « ça va très bien, je me dis que je n'avais rien, je me trouve bien alerte ».

Remarquons que cette observation prend toute sa signification en connaisance des antécédents de la malade. C'est en effet une cyclothymique, qui a présenté deux accès dépressifs mélancoliques typiques, l'un en 1932, l'autre en 1945.

En effet ces formes frustes qui se révèlent périodiquement comme les oscillations transitoires d'un symptôme isolé, font tout le problème des relations de la cénestopathie et de la mélancolie. Or, elles paraissent répondre rigoureusement aux définitions données par DUPRE, par leurs caractères de sensations pénibles, essentielles, localisées, survenant sur terrain névrotique de base, mais sans participation anxieuse patente. De telle sorte que la plupart du temps le problème nosologique ne se pose même pas d'une éventuelle hypochondrie, car elles en imposent trop facilement pour une hypothétique organicité.

Elles conduisent donc à de multiples investigations spécialisées, connaissent des fortunes diverses, et récidivent souvent. Mais l'aspect évolutif, si décevant lorsqu'on envisage ces formes cénestopathiques dans la perspective chronique d'une névrose mineure, doit s'inscrire en fait dans le cycle de la *mélancolie périodique dont elles ont la signification* et dont elles « conservent, comme l'écrit LABOUCARIE (250), une réductibilité thérapeutique par la sismothérapie associée aux thymo-analeptiques que leurs aspects séméiologiques paraissaient contre-indiquer ».

II. — Cénestopathies et psychoses délirantes Aiguës

Les psychoses délirantes aiguës constituent, avec le polymorphisme changeant de leurs thèmes, un terrain d'étude particulier des cénestopathies. Elles y paraissent en effet comme des aspects fugitifs dans l'exaltation chaotique d'un délire hallucinatoire, et on ne peut en faire mention qu'en tant que symptômes d'une modification structurale aiguë de la conscience. Les sensations cénesthésiques peuvent être particulièrement abondantes et s'apparenter, sans aucune fixité, à toutes les modalités possibles de l'imagerie décrite par DUPRE. Elles sont comme tous les éléments de ces tableaux cliniques, « fascinantes » et perçues très vivement, mais selon les niveaux de la conscience, leur qualité esthésique peut osciller de la simple impression parasite à la conviction hallucinatoire la plus absolue.

Leur présence dans les bouffées polymorphes avait permis aux auteurs classiques de distinguer des formes cliniques selon la prévalence de certains thèmes, rattachés à des mécanismes d'imagination, ou d'hallucination. Mais les « illusions » cénesthésiques présentent plus que l'intérêt d'une simple analogie avec les cénestopathies décrites par DUPRE. Elles reflètent, avec les troubles voisins que sont les altérations de l'image de soi, une expérience de dépossession de l'intimité corporelle que le malade est impuissant à reconstruire et à éprouver sur le mode de l'objectivité. En ce sens, et comme le souligne H. EY, « ce n'est pas le champ perceptivo-sensoriel où se projette l'imaginaire qui importe, car ce n'est pas l'appareil sensoriel et ses qualités spécifiques qui constituent le phénomène primitif et central de telle ou telle expérience délirante » (1), mais l'engagement de la conscience morbide dans une subjectivité séparée de ses attaches avec le réel. C'est pourquoi les phénomènes cénestopathiques sont dans les psychoses délirantes aiguës d'un tout autre sens, car ils témoignent d'une altération globale de la conscience, qui la conduit transitoirement à un état de dépersonnalisation.

Observation :

(Clinique neuro-psychiatrique universitaire de Toulouse).

D. . . Paulette 36 ans.

Antécédents familiaux : Mariée, deux enfants en bonne santé, 21 et 6 ans.

Antécédents somatiques : R.A.S.

Facteurs psychogènes situationnels : Vient de perdre son père, sa mère a fait une congestion cérébrale, et sa sœur est en conflit avec elle.

(1) Etude n° 23, p. 223.

Maladie actuelle : bouffées oniroïdes à thèmes cénestopathiques Premier épisode 1959. Brusquement le lendemain de son deuxième accou chement, symptomatologie polymorphe, anxiété, confusion avec peu d'onirisme, dysthymie « d'une gaîté trop forte à une anxiété trop forte en même temps ». Bien orientée cependant.

Grossesse et accouchement en tous points normaux. Pas de foyer infectieux gynécologique. Température normale. Aucune complication.

Présentation variable, avec prévalence d'une anxiété cénestopathique « cette enflure va me gagner le cœur. . . j'ai des gonflements dans les mollets, des douleurs dans le bas du dos. . . ». Après dix électrochocs sous narcose, largactil et nozinan, amélioration rapide dès le quatrième jour.

« Réveil » détendu, souci de critiquer « ce qu'elle a eu », se plaint encore de quelques sensations bizarres dans la région sacrée et les mollets. Mais ni anxiété ni tendances oniroïdes.

Sort au bout de trois semaines de séjour en clinique. A sa sortie, bon équilibre psychologique. Reprend une vie tout à fait normale, s'occupant de son jeune enfant.

Rechute en juillet 1960 à la suite de menues contrariétés ; apparition de petites bouffées dépressives anxieuses de courte durée, avec tonalité psychasthénique, impression de « cerveau vide, mémoire absente, douleurs vertébrales », lassitude, inertie. . ., toutes ces bouffées sont de courte durée, séparées par des accalmies de 8-10 jours, et surviennent dans une atmosphère oniroïde fugace. Mais ces derniers jours aggravation à la suite d'un facteur traumatisant : vient de recevoir communication d'un jugement qui l'oblige à payer un retard important dans la pension alimentaire de sa mère, infirme et hospitalisée.

Crise nocturne d'agitation anxieuse cénestopathique : « sensation d'oppression thoracique, douleurs à la nuque, vagues et mal limitées, sensations diffuses de paralysie des membres, douleurs pénibles avec « gorge serrée », et sensation d'une boule qui monte le long de la colonne vertébrale».

Reprise du traitement : Electrochocs peu groupés (9) avec Tofranil, Nozinan et Témentil.

En fait après quelques jours sa présentation reste curieuse, presque inquiétante : conviction presque délirante que « ses voisins la jalousent, disent du mal d'elle, que le Docteur X a voulu la violer, et par vengeance, a accentué ses lésions vertébrales. . .» Au bout d'une quinzaine de jours, critique le « cauchemar » qu'elle vient de traverser. Calme, détendue. Aucune suspicion délirante ; seules persistent quelques préoccupations cénestopathiques, banales et bien critiquées.

Intervalle libre d'excellente qualité. Reprise d'une vie normale, dans un bon équilibre familial.

En janvier 1963, à la suite d'une crise rhumatismale, apparition d'un état aigu, anxieux, cénestopathique, identique aux précédents épisodes. Le malade se présente en pleine crise délirante aiguë oniroïde, avec sentiment d'étrangeté et de mystère qui se trame autour d'elle. . . « ces douleurs vertébrales. . . on agit sur moi. . . j'ai une boule qui monte le long de la colonne vertébrale, etc. ». Thèmes cénestopathiques nombreux et polymorphes.

Reprise du traitement par électrochocs sous narcose associés à l'halopéridol. Evolution régressive en quelques jours.

Cette observation présente l'intérêt de montrer un état oniroïde récidivant, dont les éléments prévalents sont des thèmes cénestopathiques qui précèdent de peu la crise aiguë puis s'atté-

nuent dans les intervalles. La structure décrite par Magnan est évidente ici, et de petits traumatismes font périodiquement éclater cette vulnérabilité particulière. Les cénestopathies se manifestent à chaque récidive comme l'élément annonciateur de la bouffée délirante. Mais surtout elles sont le support esthésique de l'état oniroïde, dont elles suivent les fluctuations.

L'observation suivante est celle d'un état cénestopathique aigu précédant une psychose délirante aiguë schizophréniforme.

Observation:

(Clinique du Docteur Laboucarié).

G. . . Jocelyne 17 ans. Lycéenne.

Aucun antécédent somatique.

Sur le plan psychologique : arriérée affective, caractère schizoïde manifesté par une vive timidité. Difficulté dans ses études. Parents débiles affectifs.

Début de la maladie : à 17 ans, en février 1962, changement d'attitude et de comportement. D'après ses parents, aurait alors flirté avec un garçon, et aurait reçu de ceux-ci, à 17 ans, une correction « exemplaire » à coups de martinet.

A ce moment, elle a commencé à devenir très fatiguée, anorexique déprimée. Progressivement s'accentue l'anxiété, l'autisme, avec sensations cénestopathiques surtout abdominales, cardiaques et céphaliques ; et brusquement bouffées délirantes en mai 1962, au cours de laquelle elle se prétendait enceinte, prête à avorter, ou cancéreuse, sur le point d'être amputée, « avec des séquelles dans le dos ».

Traitée de façon curieuse au Maroc (progestérone, frénantol, et finalement nozinan 25 mg). Depuis lors, comportement schizophréniforme, parle seule, se lève à 11 heures. Phases d'apathie. . . parle sans cesse A.L.N., F.L.N., grossièretés, a l'impression d'enregistrer dans sa tête le journal parlé ; persuadée qu'elle a une lésion cardiaque, elle croît y sentir des coups de hache. . . « on a dû m'envoyer des balles dans la tête. . . tout est dans la tête ». Crises de rires et de larmes sans motif. Apragmatisme total.

Entre en clinique le 11 juillet 1962. Présentation d'une schizophrénie précoce, attitude et comportement discordants, mauvais contact, barrages, fading, rires. . . Anxiété, délire de structure paranoïde : « il faut que je descende, un militaire doit se tuer, puisque tout le monde y passe, laisser moi y aller, vite. . . on a tué mon père et mon frère, on m'a envoyé des balles dans la tête, elles y sont. . . Je deviens folle. . . je vois tout ce qui se passe refléter sur la porte et sur la fenêtre. Je ne peux rien faire puisque je suis ici. . . tout est dans la tête maintenant. . . j'ai une hache dans le cœur. . . »

Inhibée, rumination constante sur la « mort » de ses parents.

Après traitement, 15 électrochocs sous narcose, Tofranil, Halopéridol, puis Lidépran et Témentil, amélioration progressive. Devient peu à peu moins délirante, moins inhibée. Contact possible.

A la troisième semaine de traitement, se « réveille », retrouve la situation traumatisante du flirt culpabilisé et puni par son père. Au bout du premier mois de séjour, disparition de l'anxiété, liquidation des productions délirantes (« je n'y pense plus ») et reprise d'un certain intérêt pour le réel. Par la suite stabilisation favorable de son état.

Cette observation illustre bien l'impossibilité d'une séparation rigoureuse entre les « expériences chizophréniques transitoires » en cours d'accès, et la schizophrénie.

III. — Etats confusionnels

Dans ces états de dégradation profonde de la conscience, que l'on peut fréquemment relier à une étiologie organique, et sur le fond confusionnel de la pensée, les manifestations cliniques se font incohérentes et fragmentaires, et la conscience « vit alors, dans son obscurité, les images où se projettent la seule « chose » qu'il lui reste encore possible de se « représenter », les pulsions secrètes de son inconscient » (1).

C'est pourquoi les sensations cénesthésiques lorsqu'elles existent, se manifestent en tant qu'hallucination d'un symbolisme souvent archaïque. Sensations « élémentaires » de morcellement, d'actions mutilantes, de métamorphose, d'électrisation, thèmes zoopathiques ou démonopathiques, intuition de grossesse, pénétrations étranges, agressions obscènes se succèdent et s'enchevêtrent sans aucun ordre parmi toutes les hallucinations psychosensorielles. Parfois cependant on peut remarquer la prévalence de certains types, visuels, auditifs, tactiles, kinesthésiques ou cénesthésiques dans le désordre des « sensations » fulgurantes exprimées par le malade.

On peut sans doute rapprocher de ces états confusionnels l'observation assez courante que l'on peut faire de troubles cénesthésiques au cours de la sismothérapie. En effet la période confuse de l'éveil est certainement riche en impressions cénesthésiques mal définissables, dont la relation peut être malaisée, car elles sont rapportées dans une langue décousue, sans construction syntaxique.

Elles ne sont pas l'apanage de l'électrochoc puisque LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET et FOLLIN (2) en 1940, citent le cas d'une mélancolie anxieuse où le cardiazol suscite l'apparition de sensations diverses parmi lesquelles les perturbations somatognosiques sont prévalentes. La malade avait l'impression que sa tête devenait triangulaire, elle sentait son corps se déformer au point de ne plus percevoir les limites de « cette masse obscure ». Cependant les auteurs notent que le cardiazol « a peut-être aidé à la cristallisation d'éléments qui préexistaient à toute tentative thérapeutique ».

---

(1) H. EY : Etude no 24.

2) LAIGNEL-LAVASTINE, BOUVET, FOLLIN : Sentiment de dépersonnalisation chez une mélancolique anxieuse. A.M.Ps. 1944, 10, 279.

Dans les traitements électriques, on peut fréquemment observer des troubles cénesthésiques isolés, qui ont pour caractère de prédominer à la phase de réorganisation de la conscience Ils peuvent plus rarement se prolonger au-delà du traitement, mais leur intensité s'atténue graduellement. COULONJOU et HECAEN (1) ont publié récemment quelques observations dans lesquelles les troubles surviennent dans les suites immédiates et proches de l'électrochoc, à la faveur de la période hypnagogique. Ils rapportent notamment le cas d'une mélancolique, traitée de façon classique, et chez laquelle se manifestent pendant près de six mois des phénomènes hallucinosiques associant des troubles de la cénesthésie et du schéma corporel : « Demi-heure avant de m'endormir il m'est venu subitement sur le front une grosse bosse qui grossissait et s'éloignait de la tête, puis tout le front s'éloignait. Quelques instants après c'était la même chose sur le nez. . . Il me semblait avoir le front très loin de la tête ; je le voyais même s'éloigner en avant, les yeux fermés. En même temps je ne sentais plus mes membres ; mon corps s'était réduit en une petite boule ; lorsque j'ouvris les yeux et je ne voyais ni ne ressentais plus rien».

Il s'agit bien de phénomènes hallucinosiques (2) non systématisés, bien qu'ils puissent entraîner l'adhésion de la malade au point de s'accompagner d'une certaine angoisse. Tout en perdant progressivement leur caractère de « présence », leur résurgence est significative dans la période de l'endormissement ou du réveil, à la faveur d'une baisse de la vigilance, mais la croyance de la malade n'est que momentanée.

---

(1) COULONJOU et HECAEN : Perturbation transitoire du schéma sorporel après convulsivothérapie. A.M.Ps. 1946 2, 142.

(2) Au sens de H. EY ; c'est-à-dire impliquant le caractère fugace de l'adhésion au phantasme, à la faveur d'une désintégration paroxystique de la conscience.

C. — *PSYCHOSES CHRONIQUES*

I. — Etats Schizophréniques

Au cours des états de dépersonnalisation, le sentiment d'altérations somatiques est chose courante puisqu'à travers son expérience délirante, le malade construit de son corps une image irréelle dans laquelle il s'efforce de se retrouver. Il est fréquent de constater chez les schizophrènes des anomalies perceptives qui reflètent la désagrégation du moi, perçu dans le champ de la conscience. Pour KRAPF (201) elles sont intimement liées à la profondeur de la « désanimation, dans laquelle le moi est atteint en tant qu'il est sujet ». Elles sont donc variables dans le temps, et dépendent essentiellement du processus schizophrénique. Mais elles sont elles mêmes vécues sur le registre de l'ambivalence de pensée et d'expression. « Le schizophrène se penche sur son corps, il est fixé à ce corps qui souffre. Il présente une sorte de concentration distraite sur ses maux. . . il s'en fournit une explication vague. Ainsi se constitue le syndrôme d'influence hypocondriaque dont le caractère principal est ce lien mystérieux entre le trouble perçu et son origine persécutrice, lien mystérieux dont le malade se satisfait et dont il ne cherche à savoir ni le pourquoi ni le comment » (BELEY, 269).

Partie intégrante de la pensée schizophrénique, ces troubles sont donc vécus comme des évènements mystérieux, énigmatiques, exprimés eux mêmes dans un langage ambivalent, diffluent incohérent. A cet égard, la thèse de BALVET (165), écrite dans une perspective phénoménologique, est assez démonstrative de la multiplicité et de la variété des thèmes. Ils peuvent emprunter tous les aspects que l'on rencontre dans les cénestopathies, sensations bizarres ou douloureuses, localisations multiples, modifications de forme, de fonctionnement, de nature, etc. Mais, si comme l'écrivent AMADO-HAGUENAUER et GLADSTON (244) « les perturbations de l'image du corps sont les premiers signes précurseurs de la régression schizophrénique », elles comportent des différences structurales essentielles avec les cénestopathies.

Le cénestopathe a peut-être la certitude d'être malade dans son corps où certains organes manifestent une présence anormale ; il ne vient jamais à douter de l'existence et des limites de

son corps « je ne suis pas fou » est une protestation qui vise surtout à ramener le médecin sur la nature somatique de ses troubles. Mais le dépersonnalisé, à travers ces mêmes sensations, cherche à sonder l'irréalité de son corps qu'il ne sent plus. « Le dépersonnalisé doute et analyse des sentiments d'irréel, alors que le cénestopathe, pour diffus que soit son malaise, et l'hypocondriaque, affirment la réalité de leurs souffrances viscérales ». (FOLLIN, 230).

Toutes les sphères peuvent être atteintes par la distorsion schizophrénique. Néanmoins , certaines formes ont été individualisées dans lesquelles paraît dominer l'élément esthétique.

C'est ainsi que récemment G. HUBER (226) a décrit la « schizoprénie cénesthésique » suffisamment autonome pour être admise par certains comme une quatrième forme de la schizophrénie. Elle débute selon cet auteur par une longue période dans laquelle « pendant plusieurs années les symptômes cliniques habituels de la « schizophrénie peuvent faire totalement défaut ». Cette phase prépsychotique se distingue surtout par une cénesthésie (Gemeingefühl) anormale, où les impressions les plus diverses évoquent un tableau de cénestopathie pure. Elle évolue par « crises cénesthésiques », sortes de paroxysmes souvent anxieux au cours desquels les malades sont envahis de sensations insolites, cénesthésiques, kinesthésiques et sensorielles. Comme les cénestopathes, ils essaient d'en rendre compte par un langage métaphorique et riche en néologismes. Mais leurs propos ne sont pas discordants, ils sont toujours « en mesure de s'abstraire de leurs perceptions anormales, leur personnalité intacte domine les troubles perçus comme pathologiques ». Dans un second stade « le contact est perturbé, superficiel et incertain », une évolution chronique les enferme dans leur monde d'étrangeté (Eigenwelt), tandis que l'angoisse est lentement étouffée dans la rétraction autistique du moi.

L'évolution se fait vers l'inertie motrice et le tarissement de toute vie affective.

Comme on le voit cette forme clinique se distingue surtout par sa « voie d'entrée » dans la schizophrénie. Mais elle semble avant tout poser le problème de l'évolution psychotique d'une cénestopathie.

Les « crises dysesthésiques » préludent en effet à cette « mutation » (FOLLIN). Elles peuvent représenter des phases de dépersonnalisation qui, par morsures successives, entament la prise sur le réel, jusqu'à ce que le doute anxieux soit chassé par la certitude délirante où s'enfonce le schizophrène.

On peut rapprocher ce mode de début des états préschizophréniques de l'adolescence, qui « semblent atteindre irrégulièrement le moi par épisodes, par touches successives, se confondant parfois avec les psychasthémies graves de JANET, les grosses crises de l'adolescence, voire le déséquilibre psychique » (MALI et GREEN, 231). Ces états, extrêmement labiles, sont plus fréquemment peut-être que chez l'adulte, d'expression cénesthésique. Cependant la note dépressive est souvent camouflée par des attitudes d'opposition, ou vécue sur un registre inauthentique. Mais on peut admettre, avec SICHER (290), que chez les prépsychotiques « le début de l'affectation semble moins brutal, les thèmes hypocondriaques se développent progressivement » dans un contexte de petits signes inquiétants où s'ébauche déjà la rétraction autistique du moi.

Observation :

Syndrôme cénestopathique pré-psychotique.
(Clinique du Docteur Laboucarié).

S. . . Jean, 22 ans. Ajusteur. Admis en clinique le 22 mars 1962, pour difficultés dans son travail, en relation avec un état névrotique de structure phobique, avec malaises dans des situations diverses, principalement de type claustrophobique. Note dépressive, et conduites d'évitement multiples : évite de passer devant certaines personnes ce qui l'handicape dans son travail. Evite les discussions qu'il redoute, et ne parle pas à ses parents. Evite les jeunes filles et ne sort pas. Evite de rentrer dans un magasin, et ne sait plus ce qu'il veut quand il y a du monde. Surtout craintes hypochondriaques, redoute des maladies surtout quand il s'approche (même de très loin) de jeunes filles, etc. . , ce qui l'a conduit à de nombreuses consultations de spécialistes pour des « malaises » multiples, ORL, urologues, etc. . .

Hospitalisation actuelle motivée par le fait qu'il est persuadé qu'il est malade parce qu'il ne supporte pas le bruit de l'atelier (ajustage). Se présente en fait comme une névrose très ancienne, découpée en plusieurs étages, et de niveau pré-psychotique. « Quand j'étais jeune, je le mettais sur le compte de la timidité, j'avais peur de certaines personnes qui m'inspiraient de la crainte. . . A l'école j'ai souffert, mais c'est surtout depuis que je travaille en atelier que ça va plus mal. . . Ces malaises, cette impression de ne pas être bien, m'inquiétaient ; j'avais dans l'idée que j'étais malade, je sais bien que c'est un trouble vis à vis des gens ».

Actuellement, note dépressive secondaire. . . « je n'ai le goût de rien etc. . .» Se sent paralysé, inhibé, ou angoissé, avec de vagues troubles cénestopathiques ou phobiques dans certaines situations hors de sa famille, en présence de certaines personnes, ou de la foule : troubles subjectifs divers, « serrement d'un étau autour de la tête », impressions digestives pénibles, presque nauséeuses, etc. . .

Structure phobique schizoïde avec thèmes cénestopathiques, posant le problème d'un état névrotique grave, proche de la schizophrénie.

8 Electrochocs, Tofranil 4, Librium 3.

Amélioration lente : disparition des thèmes cénestopathiques, mais persistance des éléments anxieux phobiques, recouvrant des troubles plus profonds, de type pré-psychotiques.

Sortie de la clinique après deux mois, la chimiothérapie étant maintenue, et après une longue convalescence, reprise du travail.

II. — Psychoses systématisées

Dans les constructions systématisées qui caractérisent ces psychoses, les sensations cénesthésiques les plus banales peuvent trouver leur place comme « éléments significatifs » et ainsi prendre part à l'interprétation délirante.

On connaît leur fréquence dans les formes hallucinatoires chroniques, où elles peuvent se manifester seules ou associées aux autres phénomènes hallucinatoires. Comme les hallucinations auditives, les hallucinations de la sensibilité générale restent parfois longtemps « élémentaires », perçues comme des sensations particulières. Ce sont encore de banales perceptions entéro et proprioceptives, auxquelles le malade accorde une mince attention. Puis elles subissent peu à peu une distorsion hallucinatoire dans la perspective du délire, et viennent prendre rang dans l'édifice psychotique.

Considérées dans leur phase « préhallucinatoire » comme des petits chocs, des pincements, des fourmillements, des picotements, des déplacements, etc, elles sont brusquement investies d'une signification délirante et deviennent des animaux qui rongent les vertèbres, des corps étrangers dans les viscères, des corrosions internes par les acides, des poisons qui s'infiltrent dans le corps. Les hallucinations génitales doivent être soulignées car elles ne manquent pour ainsi dire jamais. Les malades sont soumis à d'ignobles sévices, d'obscènes intromissions pendant le sommeil. A titre d'exemple nous donnons un passage d'une observation recueillie dans la clinique Neuro-Psychiatrique Universitaire de Toulouse.

Observation :

Pe. . . Robert, 42 ans.

Célibataire, sans antécédents particuliers. Hospitalisé en Urologie pour spermatorrhée nocturne, entraînant des sensations de « brûlures diffusant à tout le corps, et d'épuisement à cause de ces écoulements ». Menace de s'opérer lui-même si on n'est capable de rien pour lui. Réaction anxieuse et revendiquante.

Transféré dans le service de Neuro-Psychiatrie. Se plaint de n'avoir pas été compris : « c'est une maladie imposée. . . on m'a malmené, je souffre de partout, j'ai la tête vidée, l'intestin me fait mal. . . Maintenant j'ai des abcès qui se greffent dans le canal urinaire, ils se crèvent pendant la nuit. . . Tous les quatre ou cinq jours j'ai des écoulements, alors c'est le feu. On m'a foutu des ascaris, je les sens bien. Ils viennent de l'intestin grêle, ils descendent dans le gros intestin et de là, par un canal qui communique ils vont dans la vessie où ils me piquent. Ce n'est pas nécessaire que je les voie, je les sens, ils me rongent, ils gagnent partout, ils m'infectent, je ne suis plus bon à rien, mes écoulements m'enlèvent les forces d'homme, etc. . ».

Dans cette observation on peut remarquer la gradation des troubles élémentaires de la sensibilité viscérale gravitant autour d'une spermatorrhée, mais qui vont jusqu'au chantage chirurgical. Le motif délirant s'amplifie brusquement après la tentative de soins dramatiques, éclate en un thème de persécution fondé sur les hallucinations zoopathiques qui intéressent toute la sphère pelvienne. Cette évolution illustre bien l'utilisation méthodique de toute circonstance pour valoriser et donner un « sens » à ces perceptions cénesthésiques, qui dans une structure paranoïaque, constituent déjà la matière préformée du délire.

En ce sens, et malgré leur mutation délirante, elles méritent le nom de cénestopathies, en tant que sensations cénesthésiques brusquement altérées et projetées dans le foyer d'un délire. Le terme de cénestopathie mieux que celui d'hypochondrie, semble répondre à cette transformation morbide de sensations ordinaires qui gardent malgré tout leurs références avec un système de perception assez empirique.

De même les interprétations « endogènes » des délires de Serieux et Capgras empruntent aux sensations cénesthésiques la substance d'une argumentation implacable. La rigueur minutieuse des découvertes écrasantes, des intuitions illuminatives, des vérifications impitoyables emprisonne peu à peu le malade dans la conviction angoissante qu'il est au centre de convergence d'actions maléfiques. Là encore les banales impressions viscérales se chargent de sens, sont analysées, minutées, décomptées; et peu à peu tout prend vie et se transforme dans le mouvement d'une dialectique paralogique.

L'observation suivante montre l'édificatoin d'un délire de persécution chez un malade sthénique, aux tendances hypochondriaques et interprétatives :

Observations :

(Clinique Neuro-Psychiatrique Universitaire de Toulouse) .

Monsieur Four. . . Antoine, 39 ans, manœuvre.

Antécédents héréditaires : Père mort en 1942 (probablement suicidé), Mère décédée en 1946 (ictus).

Antécédents familiaux :

— Marié en 1947. Sa femme est une cénestopathe, neurasthénique, périodiquement déprimée, de santé médiocre.

— Un fils de 2 ans.

Antécédents personnels :

— Somatiques : R.A.S. Appendicectomie en 1948.

— Psychologiques : a été de tous temps psychasthénique, pessimiste, interprêtant, soucieux de sa santé, taciturne, renfermé. « On m'avait surnommé « la puce » . . . toutes ces mesquineries m'ont rendu triste. . . piè tres mesquineries des gens. . » A eu une existence malheureuse et difficile. Depuis son mariage difficultés liées aux maladies de sa femme, et aux difficultés de sa situation sociale : instabilité de l'emploi. Travaillait dans le textile. Perd son poste pour des raisons de réduction de main-d'œuvre, et depuis travaille comme manœuvre-maçon dans diverses villes, au gré de l'offre d'emploi.

En 1959 accident du travail : faux-pas, chute, lumbago. Est alors licencié sans motif connu. Depuis lors, il a cherché divers emplois qu'il a dû abandonner successivement en raison de ses préoccupations hypochondriaques.

Sa maladie actuelle se situe dans le prolongement de ces troubles. Hospitalisé dans un service de médecine (Professeur Gadrat) pour dyspnée, précordialgies, nosophobie, et après un bilan somatique et biologique normal il est adressé dans le service de Neuro-Psychiatrie, en raison de sa présentation et d'une note dépressive certaine. Il est en effet asthénique, déprimé, anxieux, se plaint de troubles subjectifs divers. « Je ne me sens aucune énergie. Je ne sais pas si c'est lymphatique ou toxique, ou si c'est une tare héréditaire. . . J'ai de temps en temps l'impression que mes tissus enflent, qu'ils vont éclater. . . les oreilles qui brûlent. . . le cœur qui va s'arrêter. . . Je dois avoir la tuberculose. . . j'ai l'impression que le cœur est brûlé, que la rétine est brûlée aussi par le cholestérol ».

En réalité les renseignements obtenus sur le malade et son comportement dans le service montre qu'il s'agit d'un délirant jaloux, très sthénique, très violent, revendicateur envers sa femme. Il refuse de la recevoir dans le service « pour lui donner une leçon ». Il ne supporte pas qu'elle sorte le dimanche, qu'elle aille au cinéma, etc. . . Par ailleurs impuissance récente. Mais surtout il extériorise un délire de persécution basé sur un faisceau « d'arguments » : « Une voisine, femme de mœurs dissolues, l'aurait empoisonné il y a plusieurs années, par dépit. . . depuis sa santé détraquée n'a jamais pu se rétablir complètement. . . Il sent de mauvaises odeurs autour de son lit, et ne veut plus y coucher. . . Il pense que tous ses troubles actuels, ses malaises cardiaques et pulmonaires sont la conséquence d'une intoxication ancienne, mais permanente. . . Ses voisins qui le jalousent doivent s'introduire chez lui, intoxiquer son eau ». . Tous ces troubles sont exacerbés par le comportement maladroit de sa femme, débile affective et intellectuelle, incapable de critiquer ses affirmations, « toujours malade, mais surtout écervelée, coquette » et qui alimente chaque jour par ses réticences et ses mensonges, les tendances interprétativs et jalouses de son mari. « Elle va courir Dieu sait où, et pendant ce temps les voisins rentrent chez nous. . . je l'avise que son inconscience peut avoir de très graves conséquences, etc. . .»

Traitement par électrochocs sous narcose associés au tofranil et au nozinan. Atténuation de la réactivité agressive envers sa femme sans que disparaissent pour autant les idées délirantes. « J'ai la preuve qu'on m'a abîmé la santé. . .mon cœur va s'arrêter. . » etc.

Donc chez un paranoïaque, délire à thème de persécution, d'hypochondrie, de jalousie, avec agressivité envers sa femme, ébauche de réactions anti-sociales. Tous ces troubles évoluent dans un climat de débilité conjugale massive, affective plus qu'intellectuelle.

A travers cette « atmosphère trouble », tout est utilisé dans cette existence délirante, à un travail constructif. Mais surtout on peut remarquer que le malade puise son délire en lui-même, dans le fonds inépuisable de son hypochondrie, et avec toutes les tendances de son caractère. D'emblée délirant, avec ses multiples sensations anormales, ses oreilles qui brûlent, ses tissus qui gonflent, sa rétine brûlée par le cholestérol, il accumule les preuves dans sa mémoire. Il est sûr d'être malade à cause de ses voisins, de cette femme aux mœurs dissolues. Sa conviction s'élargit jusqu'au délire conjugal ; mais sa femme doit être à la fois cause et partie de ses malaises, comme le « prouvent » sa conduite et ses maladies. Enfin « il a la preuve. . . », et ce bloc hallucinatoire est si rigoureusement étayé qu'il ne peut être entamé par la discussion.

La « maturation » du délire autour d'un mécanisme de persécution donne leur sens aux hallucinations cénesthésiques : dans le délire d'interprétation, elles perdent leur qualité de sensations péjoratives pour gagner celle d'hallucinations remodelées par le travail d'élaboration, et s'ordonner en phénomènes plausibles pour la conscience délirante.

III. — Automatisme mental et cénestopathies

Dans les schizoprénies comme dans les syndrômes systématisés, le syndrôme d'automatisme mental peut apporter une physionomie particulière aux productions délirantes. Agissant comme une intervention étrangère, il pose au fond le problème d'une pénétration hallucinatoire dans la conscience morbide. Et c'est à ce titre que Minkowski (149) souligne l'intérêt d'une analogie de mécanisme entre ces phénomènes xénopathiques qui escortent le délirant et l'analyse introspective à laquelle se livre le cénestopathe dans son propre corps. « Au fond, écrit-il, il paraît tout naturel de rechercher dans le vaste domaine des cénestopathies, un parallèle avec l'automatisme mental. Au fond nous pouvons nous attendre à y trouver un trouble équivalent, avec la différence seulement qu'il aurait maintenant pour point d'insertion, si nous osons nous exprimer ainsi, non pas l'impénétrabilité du moi intime pour autrui, mais l'impénétrabilité du moi physique pour mes sens ».

Nous résumerons la remarquable observation de M. Minkowski qui est particulièrement éclairante, d'un point de vue phénoménologique et doctrinal, sur l'analogie que présentent les cénestopathies et les phénomènes d'automatisme mental. Afin d'en permettre une meilleure analyse; l'auteur regroupe sous trois rubriques les phénomènes complexes décrits par la malade qu'il a suivie pendant trois ans.

Elle se plaint d'hallucinations cénestopathiques multiples et diffuses, étroitement mêlées à des perturbations du schéma corporel : « A tout moment ça me passe dans les dents et ça s'entortille. . . ça m'arrache au-dessus des dents; avant ça n'arrachait que les gencives. . . j'ai l'impression que ma fesse droite se décolle de mon corps. Hier mes fesses remontaient très haut dans le dos, jusqu'aux omoplates, jusqu'au cou. Aujourd'hui c'est encore pire qu'hier, les fesses sont aujourd'hui au-dessus de la tête. . . » etc, ça m'arrache en dehors de moi comme s'il y avait des fils qui tiraient en dehors ».

Mais aussi la malade décrit des manifestations hallucinatoires de qualité esthésique psychosensorielle, et dont les liens avec les cénestopathies telles que les a décrites Dupre paraissent surtout limités à l'analogie du langage et des comparaisons : « J'avais la sensation que mon corps, c'est de l'eau noire. . . j'ai parfois l'impression de voir à travers mon ventre, de le voir trans-

parent. Hier la chaleur en moi était noire, sale, dégoûtante. Tout est noir en moi, d'un noir mousseux, comme sale. . . j'ai l'impression que mon crâne est d'une blancheur neigeuse ».

Enfin il existe une série de phénomènes d'automatisme mental, dans lesquels se projettent le passé et les craintes de la malade : « Des nerfs me causent, ils me disent que demain encore pire. . . Il y a un an je les entendais et je les voyais en hommes et en femmes au pied du lit et ils me disaient qu'ils étaient mes nerfs. .. Ca dit en moi il n'y a pas de bon Dieu, car autrement elle ne soufrirait pas ainsi. . . Ils me parlent de mon mariage, ils me rappellent ma jeunesse. . . On dirait que tout ce que je touche, mes draps, ma chemise, répètent ce que me disent mes nerfs. Les tramways qui passent en font autant. Les nerfs font dans mon ventre la même chose que moi. Je vois dans mon ventre une femme qui marche en boîtant comme moi ».

Et M. Minkowski commentant ce cas, remarque dans la richesse des comparaisons, l'emprunt que fait la malade « aux caractères sensoriels du monde extérieur ». Il faut souligner non seulement les images d'arrachement, d'étirement, de décollement, qui indiquent peut-être la désagrégation hallucinatoire des limites du corps, mais « également la tendance pathologique de garnir ces troubles d'éléments sensoriels et spatiaux, et d'effacer ainsi la place spécifique qui revient dans notre conscience au moi corporel par rapport au monde extérieur ».

De même les phénomènes d'automatisme mental « ont un caractère centrifuge, se localisent à l'intérieur du corps, dans les nerfs et dans le ventre, se propagent même plus loin, à tout ce qui touche la malade, sont attribués aux tramways qui passent, et s'extériorisent même sous forme d'hommes et de femmes que le malade voit au bord de son lit ». Et l'auteur à propos de cette observation regroupant à la fois des manifestations en apparence si éloignées, exprime l'idée que « si dans l'automatisme mental le malade accuse un viol de l'intimité mentale, dans certaines cénestopathies, du point de vue psychologique, l'intimité du moi physique est violée par le sujet lui-même ». Ainsi il lui paraît justifié de placer « certains cas de cénestopathies, à côté non pas de la neurasthénie ou de la psychasthénie, mais des psychoses à base d'automatisme mental, c'est-à-dire avant tout de la psychose hallucinatoire chronique de l'école française ».

Cette observation, extrêmement riche, se déroule donc sur deux plans. D'une part un délire de coloration cénesthésique, où

se mêlent les hallucinations cénestopathiques et les perturbations du schéma corporel. D'autre part des phénomènes d'automatisme mental qui empruntent leur matériel thématique au cadre personnel de la malade, à sa vision actuelle du monde, et leur moyen d'expression à ses propres nerfs, eux-mêmes engagés dans l'hallucination cénesthésique.

On peut dire avec MERLEAU-PONTY que « l'halluciné ne voit pas, n'entend pas au sens du normal, il use de ses champs sensoriels et de son insertion naturelle dans un monde pour se fabriquer, avec les débris de ce monde, un milieu factice conforme à l'intention totale de son être » (1). C'est dans ce sens que l'on peut trouver l'unité structurale de ces phénomènes. Mais dans la forme présenté par MINKOWSKI, il s'agit d'aspects cliniques exceptionnels dans leur rencontre, et dont l'analogie séduisante ne peut trouver son intérêt que dans une étude doctrinale.

---

(1) MERLEAU-PONTY : Phénomélogie de la perception, p. 393.

En conclusion, dans les psychoses nons avons dit que les cénestopathiques peuvent se manifester comme symptôme plastique participant à la conviction délirante. *Les perceptions cénestopathiques sont la contribution hallucinatoire du corps aux arguments du délire.* Elles signifient l'engagement total de la conscience morbide dans un monde « aliéné », au sens de différent, où tout devient possible dans l'étau de la pensée délirante.

C'est pourquoi elles peuvent émerger toutes les psychoses, apparaissant tantôt chargées du signe catastrophique de la mélancolie, éléments fragmentaires « primitifs » dans les psychoses confusionnelles, sensations décousues dans les schizophrénies, ou thèmes significatifs dans les délires systématisés. Elles se manifestent aussi dans les états démentiels, comme idées de dépréciation corporelle, où elles s'enrichissent souvent de thèmes de persécution ou d'empoisonnement.

Mais en clinique courante, les cénestopathies sont essentiellement présentes dans la mélancolie, où elles sont constantes, souvent au premier plan, et peuvent recouvrir les autres symptômes sous leur prolifération volumieuse, ou par leur importance affective majeure pour le mélancolique. En effet toutes les formes cliniques de la mélancolie admettent une structure psychopathologique commune, liée à l'orientation de la conscience vers le pessimisme et l'angoisse.

Dans les formes majeures, les troubles cénesthésiques sont projetés à la dimension de l'existence catastrophique du mélancolique. Véritables hallucinations corporelles, les cénestopathies sont incorporées et polarisées dans la structure du vécu délirant dont elles prennent le sens, comme les autres phénomènes psycho-sensoriels qui participent à la mélancolie.

Cet aspect clinique fondamental des cénestopathies transforme et dénature leur signification des symptômes élémentaires à caractère esthésique, sans qu'elles perdent pour autant leur qualité affective, amplifiée et dramatisée par l'expérience mélancolique.

Elles peuvent alors trouver leur prolongement dans les idées délirantes de culpabilité où le malade voit dans sa souffrance « anormale » le châtiment expiatoire de prétendues fautes. Mais elles peuvent aussi bien se confondre avec les idées d'influence, d'action maléfique ou de possession, qui expliquent leurs tortu-

res, les impuissances ou leurs mutilations douloureuses. De même les thèmes de la mort différée ou circonscrite à un organe, ou vécue comme une décomposition de l'être tout entier, équivalent à la « dissolution » hallucinatoire des cénestopathies dans la négation même de la vie.

Mais on ne peut suivre DUPRE, lorsque voulant expliquer les délires par le « mécanisme » de l'élaboration de symptômes délirants à partir de la seule sensation, il étend à toute la psychiatrie ce qu'il nomme « les cénestopathies accompagnées ». Pour lui en effet les cénestopathies « se compliquent de troubles psychiques d'ordre dépressif et délirant » auxquelles elles apportent la trame fondamentale mais surtout le prétexte nécessaire, et à lui seul suffisant. Cette attitude, parfaitement en accord avec les théories de la psychiatrie classique, lui permet de décrire les principaux syndrômes psychiatriques sous un éclairage « cénestopathique », Et les formes cliniques de la mélancolie que nous venons d'évoquer, sont envisagées comme d'authentiques dépendances des cénestopathies, compliquées avec une particulière fréquence « d'associations vésaniques » mélancoliques, anxieuses et hypochondriques. D'une manière générale, il semble que, dans le souci évident de décrire le tableau des cénestopathies dans toutes ses possibilités et ses ramifications, DUPRE en a quelque peu modifié l'importance. De sorte que devant cet autre « géant de la psychiatrie », on est souvent forcé de reconnaître l'annexion de quelques syndrômes, devenus sous sa plume, satellites éventuels des cénestopathies.

Mais c'est surtout dans les formes mineures de la mélancolie que peuvent se poser les problèmes diagnostiques les plus redoutables, car la présence de véritables équivalents cénestopathiques dans une tonalité affective très discrète vient y refléter les idées de dégradation corporelle comme celles de « dépréciation psychique » (REGIS, 130), témoins contingents de la virtualité du délire que la conscience mélancolique renferme en puissance. Le « fonds cénesthésique », intégré dans la tristesse mélancolique, peut y prendre une qualité péjorative, mais surtout en constituer le phénomène clinique le plus central. Souvent de texture rudimentaire, les thèmes cénestopathiques sont pauvres, peu variés, stéréotypés, associés à des troubles digestifs et des signes fonctionnels divers qui manquent rarement et peuvent contribuer à les entretenir. « Les malades se disent vidés, anéantis, écrasés », ils éprouvent écrit LE MAPPIAN (316), une

« sensation diffuse de malaise pénible, d'engourdissement, de lourdeur corporelle, l'impression de « ne plus être comme avant », De plus il existe l'impression d'être « sans commande », « sans volonté », comme une impuissance à se mouvoir pour quelque chose, comme si les membres étaient lourds, difficiles à manier ».

Laboucarie a pu décrire des formes cénesthésiques de la mélancolie, où les cénestopathies se détachent comme un symptôme dominant sur un fond de dépression, mais peuvent également apparaître à l'état pur. Elles ne laissent pas d'évoquer le déguisement organique de certaines affections psychosomatiques où l'anxiété n'apparaît qu'en filigrane, quand elle n'est pas abondamment surchargée par les troubles fonctionnels. Il est alors tentant de considérer ces formes atypiques et dégradées comme des états psychasthéniques, mais devant l'absence de toute organicité, les éléments positifs du diagnostic doivent s'établir essentiellement sur le critère de périodicité et sur l'efficacité de la sismothérapie.

Ces états se continuent tout naturellement dans les formes cénestopathiques de la névrose d'angoisse, dont la psychasthénie dite constitutionnelle réalise le tableau le plus net.

B. — *NEVROSES*

I. — Cénestopathie et psychasthénie

La psychasthénie, terme qui correspond à celui de névrose d'angoisse, a été bien étudiée par DUPRE dans son ouvrage sur la pathologie de l'imagination et de l'émotivité (1), où il décrit l'anxiété constitutionnelle comme symptôme central.

Elle est le fait de sujets dont la vie est tissée d'inquiétudes insignifiantes, mais qui peuvent dans certaines situations de la vie sociale, exploser en panique vertigineuse. Il peut être difficile de retrouver l'angoisse de ces malades qui sont incapables de décrire une émotion flottante et indéterminée. Mais les troubles cénestopathiques sont nombreux, et représentent un fond patho logique de malaise permanent. « Le déprimé constitutionnel se manifeste comme un écorché vivant, un être perpétuellement endolori et mal entrain, qu'aggravent les climats successifs, le vent, la pluie, l'orage, mais encore les dissonnances des sons et des couleurs, les odeurs pénétrantes ou les excitations mécaniques » Telle est décrite par MONTASSUT (2) dans une perspective mécaniciste appliquée à la pathologie humorale, cette cénesthésie encore avivée par une introspection minutieuse et pessimiste. C'est pourquoi les rachialgies et les céphalées sont souvent remplacées par de véritables équivalents cénestopathiques : « sensation de torsion du cerveau et de liquéfaction », impression de « sentir un liquide glacé couler dans la tête », « fourmillements erratiques ». . . Tout ceci dans le nombreux cortège des troubles habituels, digestifs, cardio-vasculaires et génitaux, qui viennent contribuer au « marasme neurasthénique ». Ce sentiment est plus profond que l'asthénie, au-delà de l'anxiété; le malade « se sent irrémédiablement englué et incapable de secouer l'inertie où il stagne lamentablement ». (MONTASSUT, p. 72).

A titre d'exemple nous donnons le résumé d'une observation prise dans la Clinique de Neuro-Psychiatrie de Toulouse.

Observation :

Lou. . . Albert, 29 ans, en 1957, sans antécédents notables. Bon état général Habituel, sujet robuste, capable de faire des travaux de maçonnerie. En 1949, il se plaint, dans les mois qui précèdent son incorporation militaire, d'asthénie, de fatigabilité anormale, paroxystique, au cours de laquelle « il ne peut plus se tenir sur ses jambes » ; de palpitations douloureuses avec des accès de tachycardie nocturne. Cessation totale de tout travail. Hospitalisé quelques temps dans un service de cardiologie où les examens pratiqués sont normaux.

---

(1) DUPRÉ E.: Pathologie de l'émotion et de l'émotivité. (1 vol., Payot, éd. - Paris 1925).
(2) MONTASSUT M.: La dépression constitutionnelle (1 vol., Masson, éd. - Paris 1930).

En 1951, il envisage de souscrire un contrat pour le barrage de Génissiat, mais il n'est pas accepté. Depuis lors se manifestent des troubles multiples. Céphalées pariétales, à type de sensations bizarres dans le cuir chevelu, de gêne, ou de sensation « de tête vide ». Paresthésies cervicales profondes, avec parfois un léger endolorissement de la nuque. Douleurs vagues dans la région de l'hémi-diaphragme gauche, sans aucun rythme, mais « empêchant le malade de travailler ».

Ces troubles sont à peu près permanents, évoluent dans un contexte d'apathie, d'acceptation passive, chez ce malade qui cesse tout travail même minime sans motifs valables, pour de multiples séjours en services spécialisés. En 1957 une sixième hospitalisation le conduit dans le service de Neuro-Psychiatrie, où il se présente comme un malade aboulique, avec un petit élément dépressif surajouté ; vit chez sa mère, ne sort pas en dehors de son travail, pas de vie sexuelle. Il a été placé dans un centre de rééducation où il s'occupe d'élevage. Bien que ce travail lui plaise, il craint de ne pouvoir continuer, car la régularité imposée l'épuise.

Cénestopathies temporales, « impressions de tête vide, d'étau qui serre la tête » s'accompagnant de brutales recrudescences d'asthénie. Cervicalgies désagréables pour lesquelles les investigations rhumatologiques se sont montrées vaines. Sensations précordiales confuses, parfois à type de picotements, de gonflements. Examens para-cliniques normaux. Equanil et sismothérapie amènent une amélioration spectaculaire.

En résumé, il s'agit d'une psychasthénie de longue date, dont les troubles renaissent périodiquement au cours de difficultés vitales, et sont de véritables équivalents somatiques de l'angoisse. Dans cette observation, comme « en règle générale, les crises gagnent en précision symptômatiques ce qu'elles perdent en charge anxieuse, celle-ci toutefois, subsistant sous la forme larvée d'un sentiment vague de malaise » RACAMIER et GENDROT (218).

Chez ce sujet solitaire et incomplet, les troubles cénesthésiques surviennent avec une relative fixité dans leurs caractères, mais la réaction dépressive, mineure dans ce tableau clinique, permet encore de souligner les rapports étroits qui unissent cénestopathie et psychasthénie.

MONTASSUT signale une forme cénestopathique de la dépression constitutionnelle, dans laquelle les cénestopathies « peuvent perdre leur caractère accessoire pour réaliser à elles seules, toute la maladie » (1).

Disons que, contrairement à l'opinion de DUPRE, les troubles cénestopathiques évoluent plus volontiers dans un contexte d'asthénie variable, et le tableau polymorphe de la psychasthénie constitue un cadre préformé dans lequel ils surviennent très fréquemment.

(1) MONTASSUT : op. cit. p. 103.

II. — Cénestopathies et hypochondrie

Pour certains auteurs, cénestopathie et hypochondrie se confondent, et le terme de DUPRE n'a rien apporté. Issue l'une comme l'autre d'une structure psychopathologique commune, caractérisées toutes deux par des préoccupations corporelles, elles présentent en effet une communauté étroite de caractères, que les formes intermédiaires rendent encore plus évidente.

Nous voulons montrer que si « presque tous les hypochondriaques ont des troubles cénestopathiques », les cénestopathies ne sont à tout prendre que le premier pas vers une altération de la personnalité, encore limitée et oscillante chez le cénestopathe, plus profonde et surtout plus systématisée chez l'hypochondriaque.

Le cénestopathe et l'hypochondriaque manifestent une commune préoccupation pour leur corps, dont la condition normale est, pour reprendre l'expression de SARTRE (303), « d'être passé sous silence ».

L'hypochondrie, comme la cénestopathie, conserve toujours ses attaches avec une conception du monde faite sur un mode d'insécurité et de faiblesse névrotiques, mais dépassant ce plan, elle se continue directement avc le délire qu'elle contient en puissance, avant même son extériorisation thématique. Et les formes obsessionnelles, phobiques, anxieuses, hystériques de l'hypochondrie ne représentent que les styles différents d'une existence prise et engagée tout entière dans la même angoisse hypochondriaque, préfiguration virtuelle d'une organisation délirante.

Cette distinction peut paraître arbitraire et critiquable, — puisque nous parlons indifféremment de psychoses à thèmes hypochondriaques ou cénestopathiques —, et surtout pour la mélancolie délirante, où les cénestopathies n'apparaissent que comme un symptôme contingent. Mais dans ses formes atypiques, où elles peuvent constituer une manifestation prévalente ou le symptôme unique, une telle distinction doit conserver toute sa valeur, car elle seule permet de comprendre l'existence des formes monosymptomatiques de la psychose périodique.

Il faut donc admettre une différence entre cénestopathie et hypochondrie, différence de degré plus que de qualité, mais qui correspond à une attitude pratique.

En réalité, plus que pour les autres syndrômes que nous avons étudiés, c'est dans l'hypochondrie que le problème devient délicat d'un clivage avec les cénestopathies. Il existe en effet des formes moyennes, non délirantes, où peu d'angoisse s'extériorise, et là encore il est difficile d'apprécier les préoccupations, le degré de conviction et la systématisation du syndrôme. La différence si elle existe est toute subjective, et les observations sont innombrables de malades classés alternativement sous les deux étiquettes. On pourrait parler d'hypochondrie cénestopathique, ce regroupement de termes ne signifiant pas la consécration d'une confusion, mais plutôt le fait que ces formes intermédiaires possèdent cette double potentialité évolutive de rester des névroses, comme de subir la distorsion psychotique des hypochondries délirantes.

Observation :

(Clinique Neuro - psychiatrique de Toulouse).

D. . . Guy, 42 ans, ex-comptable, hospitalisé pour troubles divers et anciens. Famille aisée. Mère névropathe très profonde, « toujours mécontente ». Décès de son père à 46 ans dans un tableau s'insuffisance rénale, Une sœur 39 ans, en bonne santé.

Peu après la mort de son père, alors que le malade avait 13 ans, apparition d'algies diverses qui progressivement s'accentuent et gênent son activité professionnelle. Se plaint de ne pas supporter les courants d'air, au point qu'il est obligé d'abandonner son travail de bureau pour le métire de rempailleur.

Actuellement plaintes multiples, auxquelles de nombreuses hospitalisations n'ont pas donné un substratum organique. Il s'agit d'un malade verbeux, revendicateur, exigeant, organisant des pétitions, plastique si on abonde dans son sens, opposant si on discute la nature de ses perceptions. Complaisance dans ses troubles, avec riche expression verbale qui ne paraît sous-tendue que par des perceptions d'intensité modérée. Ne paraît pas anxieux.

Thèmes polymorphes et instables, avec une ou deux idées directrices et dont il fait un compte-rendu abondant sur des feuilles volantes, ou par lettres. « La caractéristique première est qu'après chaque selle l'intestin est raclé très vivement, et j'éprouve un ballonnement très important, pourtant je suis à jeun depuis 11 h. 30. A ce moment aussi les forces s'en vont. Mes dernières forces (ce qui me reste de forces) je les mets chaque matin dans la cuvette ds W.C. Mais le soir, plus rarement, les selles seraient claires et les incidents plus sérieux. Je suis obligé à un quart d'heure minimum de sieste allongé sur le lit, les yeux relevés, pour me faire disparaître plus vite les céphalées résultant des selles. Ça me tord dans la tête, comme si ça ne marchait pas du tout, mais surtout (depuis trois ans), il m'est impossible d'oublier ce que je sens. Je ne puis pas travailler assis, et il me faut marcher et me coucher tard. Alors la fatigue de la journée et de la souffrance me permettent de m'endormir.

Mais ces réflexes provoqués par l'intestion raclé par les selles peuvent se conjuguer, alors là je ne peux rien, tout se déchaîne et il me vient des algies des membres, on dirait qu'il m'est impossible d'y avoir chaud.

Au paroxysme, il faut bien noter que les céphalées sont augmentées par d'autres symptômes. La vessie semble provoquer certaines algies et la région dorsale combien plus encore, avec notamment une région très précise à gauche. Dans le milieu de cette région dorsale, une affaire vertébrale ; et les jours de haute souffrance, il est net que deux vertèbres, sur la ligne des omoplates font à leur tour des radiations dans la tête. La tempe gauche est alors le point crucial. Vraiment les 2 vertèbres des omoplates ne doivent pas être à leur place, car elles me font bien mal.

. . . Par moments je ne sais quelle impression me vient au-dessous de la langue ; cœur battant un peu fort, 18 h. 20, il m'a fallu s'allonger aussitôt alors que je me levais pour le pouls, qui est plus rapide couché. 18 h. 32 105 pulsations, deux éternuements. 18 h. 50 101 ; 18 h. 59 106, etc. . . Gorge extra-sèche, comme en carton.

. . . Ce n'est pas le travail absorbant et qui plaît, qui fait oublier mes souffrances. Rien ne calme vraiement. Si, la seule chose qui me réussit quelque fois est de parler, parler profondément avec le chef de gare, mais seulement dans les douleurs frontales provoquées par l'intestion raclé par les selles, jamais dans les algies conjuguées.

. . . Le seul remède est l'optalidon en suppositoires ; merveilleux, il me supprime même la fatigue, et j'ai faim au lever. Les autres sont comme l'eau de roche. . . ».

Bilan somatique normal. Explorations fonctionnelles et radiologiques normales.

Traitement : antispasmodiques, antalgiques, sédatifs. Aucune amélioration.

Prolixe, minutieuse et désordonnée, cette relation écrite s'étend sur plusieurs pages. Le malade affiche une certaine information médicale, un vocabulaire caricatural et incongru. Pédant et grandiloquent, il expose des troubles qu'il regroupe autour de la sphère digestive, bien que par un phénomène d'entraînement, il se mette parfois en contradiction. Il tente d'ailleurs d'en faire une auto-observation systématisée.

Mais si la présentation rejoint celle décrite par DUPRE, plusieurs particularités sont manifestes dans cette personnalité dysharmonique. Il se montre un malade blasé, habitué à exhiber ses douleurs devant l'inefficacité des médecins. Il ne paraît pas anxieux, ce qui est un trait cénestopathique selon DUPRE.

Et cependant, des pages de carnets sont couvertes des chiffres de ses pulsations selon l'heure, la position, les pensées. . ., d'autres pages étudient des dizaines de remèdes en fonction de dizaines de paramètres ; toute une comptabilité suit ses moindres gestes, comme le « dossier » ostentatoire de sa vie. Dans les petits procédés qu'il s'impose pour déjouer la souffrance (sieste de 1/4 d'heure, yeux relevés, etc. . .) il apparaît même une ritualisation obsessionnelle dont la valeur conjuratoire est évidente. C'est un malade de structure paranoïaque, caractère commun à beaucoup d'hypochondriaques. Sa maladie est un perpétuel défi à la médecine. Revendicateur, exigeant, il organise des péti-

tions qui dérivent son agressivité dans un chantage collectif. Enfin ses tendances homosexuelles sont manifestes. Ses premiers troubles ont débuté peu après le décès de son père, qui devait représenter le seul point de fixation affective à ce malade qui ne s'est jamais marié. Il décrit avec exaltation ses « conversations profondes » avec le chef de gare, qu'il utilise pour ses effets privilégiés sur certaines douleurs. Et s'il décide péremptoirement de l'efficacité de sa thérapeutique, il n'est pas moins intéressant de noter que le « merveilleux » médicament qu'il a élu, n'est efficace qu'en suppositoires. . .

Dans cette observation, on peut donc isoler plusieurs tendances de caractères, que « la clinique du déséquilibre psychique nous présente associées, ou mieux « amalgamées », comme l'écrit H. Ey, en un tout où se mêlent les facteurs cyclothymiques, paranoïaques, mythomaniaques, anxieux, obsessionnels, etc. . . , pour constituer une névrose de caractère ou une névrose hypochondriaque » (1). Mais on retrouve également ces particularités dans les cénestopathies, même si le minutage des moindres incidents paraît moins rigoureux, car une telle « connaissance » suppose bien les mêmes investigations acharnées.

Ici le malade, nourri de lectures médicales n'extériorise pas d'angoisse, mais tout son comportement reflète une préoccupation somatique outrancière. Ainsi les états hypochondriaques névropathiques sont tous dominés par cette introspection cénesthésique péjorative; et l'anxiété, les phobies, les obsessions ou les conduites hystériques soulignent, — chacune dans sa perspective particulière — « le complexe hypochondriaque immanent à la nature humaine ». La charge anxieuse de l'hypondriaque est telle qu'elle imprègne non seulement ses préoccupations corporelles, mais aussi qu'elle diffuse à tout son comportement pour réaliser souvent une véritable dialectique revendicatrice où l'angoisse est absorbée.

Mais elle peut aussi explorer dans de véritables bouffées hypochondriaques, où la nosophobie représente le jaillissement de l'angoisse délirante.

Il est alors difficile de distinguer, dans ces états d'anxiété panique, ce qui est déjà et ce qui n'est pas encore l'irruption du délire hypochondriaque.

Nous résumons ici une observation d'un état cénestopathique délirant aigu réactionnel.

(1) H. EY : Etude no 17, p. 461.

Observation :

(Clinique du Docteur Laboucarié).

M. . . Narcisse. Cultivateur catalan de 31 ans, marié, vivant avec sa femme et sa fille de 5 ans, en bonne intelligence. Le jour, ouvrier agricole, le soir, en été, musicien dans une cobla catalane, où il joue de la trompette ou du « fabiol ».

Caractère antérieur hyperémotif, un peu anxieux, sensible, affectueux, mais dans l'ensemble syntone, « aimant rire avec les copains de l'orchestre, bon ouvrier, bon fils, bon époux, bon père ». Jamais de tendances cénestopathiques avérée avant l'épisode actuel.

En juin 1963, un beau-frère qu'il aimait beaucoup meurt d'un cancer vésical. Très affecté, va voir le cadavre à la morgue à Paris. Au retour dans le train éprouve les premières sensations génitales pénibles, avec anxiété, cancérophobie. « Je vais devenir comme Victor, je mourrai aussi ». En même temps, surmenage professionnel (abricots et sardanes). Depuis lors, grave hypochondrie anxieuse, avec sensations multiples et pénibles dans la région génitale, conviction qu'il est atteint d'un cancer du testicule, sentiment d'incurabilité, apragmatisme anxieux.

Ce malade a été traité par une série de 13 électrochocs d'abord associés au tofranil, — ce qui n'entraîne au bout de la première semaine qu'une diminution de l'anxiété — puis avec l'association de l'halopéridol et du témentil qui amènent une réduction rapide du syndrôme cénestopathique et de la cancérophobie, avec reprise du sommeil.

Cette observation est particulièrement représentative de ces paroxysmes où l'anxiété réalise une véritable explosion délirante.

Par contre dans les délires hypochondriques systématisés l'anxiété peut se résoudre dans la conviction absolue qu'une intervention étrangère, magique ou extra-naturelle, est responsable de la lésion somatique. Aussi les troubles cénesthésiques sont-ils affirmés, « brandis » par le malade, agressivement projetés comme autant d'images incantatoires auxquelles est donné le pouvoir magique de diluer l'angoisse.

Aussi les délirants hypochondriaques peuvent-ils facilement être séparés des cénestopathes, qui « ne délirent pas, n'édifient pas de systèmes pathologiques sur leurs symptômes sensitifs » (1). Cependant elles présentent de grandes analogies structurales. Toutes deux prennent source dans des préoccupations corporelles, l'hypochondriaque est habituellement anxieux et le cénesthopathe peut l'être occasionnellement. Mais dans l'hypochondrie délirante telle qu'elle se rencontre dans divers syndrômes, l'angoisse peut disparaître dans la mesure où le délire « réussit ». Et par cette mutation qui se produit parfois dans la névrose hypochondriaque, l'incertitude anxieuse fait place à une conviction délirante où l'angoisse reste au second plan. Mais une

(1) DUPRE et CAMUS : Encéphale 1907, p. 630.

telle accomodation s'opère dans un registre déréel, elle signe l'acquiescement du malade devant sa transformation pathologique. Véritable création délirante, elle est adaptée et utilisée selon la structure psychotique du malade.

Une telle altération de la personnalité est assez flagrante à ce stade pour que la question d'une simple cénestopathie n'ait point à se poser au cours du dialogue. En réalité, de certaines cénestopathies obsédantes, — où le corps est vécu comme un monde transformé — au délire hypochondriaque, il n'y a qu'une différence de degré car l'émoi ressenti par le malade témoigne toujours de la virtualité permanente du délire. Et si l'hypochondrie délirante sort indiscutablement du cadre des cénestopathies, bien des cénestopathes semblent parfois frôler le délire. En effet l'irréalité même de la sensation cénesthésique donne au malade une limite à ses interprétations; car plus la sensation est vive, nette et insistante, plus elle est éprouvée comme étrange et irréelle, malgré sa « présence ». Mais la persévération obsédante de ces troubles laisse parfois s'épaissir l'illusion, et il est bien difficile alors de trouver, dans le récit mouvant du malade une frontière au délire hypochondriaque.

Inversement on ne voit pas la plupart du temps comment séparer l'hypochondrie névrotique de la cénestopathie-syndrôme, car la présentation des malades, leur tonalité thymique et leurs thèmes se chevauchent au point que les deux termes sont utilisés comme équivalents, selon les écoles. Si l'on veut tenter néanmoins de les distinguer, il semble que le critère à retenir soit dans le degré d'anxiété que présentent ces malades, mais ce sont des nuances bien difficilement perceptibles dans les cas moyens, et assez théoriques.

Observation :

(Clinique Neuro-Psychiatrique Universitaire de Toulouse).

Cénestopathie délirante aboutissant à un syndrôme de Cotard.

Riv. . . Jeanne, 41 ans.

Antécédents familiaux : Père éthylique, décédé d'un ulcus gastrique en 1959. Mère comitiale. Une sœur en bonne santé.

Antécédents personnels : Somatiques : fièvre typhoïde non compliquée en 1938. Ovariectomie unilatérale, à la suite d'une fausse couche en 1954. Psychologiques : vit maritalement. Un enfant de dix ans. Toujours « nerveuse ». Sans profession.

Maladie actuelle : Etat dépressif évoluant sur un fond névrotique ancien, avec projections viscérales délirantes.

— Premier épisode en novembre 1960. Elément déclenchant : la peur d'une grossesse « extra-conjugale ». Tentatives d'avortement sur utérus non gravide. Idées d'autolyse. Séjour de deux mois en clinique.

Traitement : Electrochocs (8), Tofranil et Nozinan.

Liquidation imparfaite des thèmes de culpabilité après deux mois de traitement. Amélioration compromise par la survenue brutale d'un ictère grave par hépatite à virus. En effet, en dépit de la guérison lentement acquise de l'affection intercurrente, les manifestations dépressives reparaissent, la malade s'enfonce dans un état d'anxiété profonde, avec une certaine complaisance morbide à raconter sa vie sexuelle passée (nombreux amants, nombreuses fausses-couches, etc. . .) où l'apport délirant ne paraît pas négligeable. Aboulie progressive. Thèmes délirants centrés sur la sphère abdomino-pelvienne. « j'ai des ballonements dans le ventre, je sens la circulation du sang qui se fait mal. . ça bouillonne dans le ventre. . . je dois être atteinte d'une maladie très rare, c'est impossible à dire tout ce que je sens. . . ».

— Nouveau séjour en clinique durant le mois d'avril 1961. Sismothérapie et chimiothérapie. Amélioration satisfaisante, maintenue jusqu'en juin 1962. A ce moment est hospitalisée en urgence et dans un état grave : s'est ouvert le poignet et le pubis avec des ciseaux « pour voir si le sang circulait », et a pratiqué une auto-résection intestinale « pour voir si les organes fonctionnaient ».

Il s'agit d'un état psychotique majeur où les thèmes de culpabilité sont intriqués aux convictions délirantes pour réaliser un véritable syndrôme de Cotard avec désirs d'auto-mutilation et idées de suicide.

« J'ai une maladie rare et je ne l'ai pas volée. Je sens comme si le sang se retirait de la tête et comme si mes pieds s'enfonçaient dans un gouffre. . . je ne sens rien, plus rien, je ne sais pas si mes organes fonctionnent. Les organes de la poitrine et du ventre sont morts. . . » Et lorsqu'on la questionne au sujet de sa mutilation « c'était pour voir ce que j'avais dedans, je voulais savoir ce que je ressentais. . . je me suis fait mal, mais je n'ai rien senti, je voulais éprouver une douleur. . . cette partie du corps ne m'appartient plus. . . ».

Placée en Hôpital Psychiatrique (Hôpital Marchant) pour traitement de longue durée.

Observation (1) :

Délire hypochondriaque ancien avec troubles graves du comportement.

Suzanne est une jeune fille de 30 ans, institutrice, antérieurement de caractère gai, syntone, très adapté, dont les troubles ont débuté il y a 3 ans 1/2 par un état cénestopathique à type digestif, pour aboutir actuellement à un délire hypochondriaque systématisé avec anxiété intense, tendances d'auto-mutilation permanentes pendant les derniers mois de l'évolution. Pendant deux ans diagnostics et traitements ont visé isolément les troubles digestifs allégués et ont conduit la malade à toutes les tentatives médicales et chirurgicales, depuis l'usage extravagant des purgatifs, aux régimes de plus en plus restrictifs et jusqu'à l'appendicectomie, et même à une laparotomie exploratrice pour une hémorragie intestinale dont l'origine n'a jamais été prouvée.

En décembre 1947, les troubles mentaux sont enfin reconnus au premier plan, et la malade est hospitalisée pour anorexie mentale. Pendant un an isolement, gavages, thérapeutiques de chocs (électrochocs et cure de Sakel) ne déterminent aucune amélioration.

En août 1948, quand nous observons la malade pour la première fois, son état peut être résumé comme suit : des idées délirantes de néga-

(1) LABOUCARIE : Annales Médico-Psychologiques 1949, 3.

tion de fonctionnement de tout son appareil digestif : « l'estomac est paralysé », « tous les aliments croupissent dans le ventre », « les intestins sont bouchés », etc. . ., correspondant au classique syndrôme de Cotard — une anxiété intense avec parfois crainte de mort imminente, liée à l'idée de sa paralysie digestive et à la peur de toute alimentation — Des réactions d'opposition contre toute alimentation aboutissant à la supression effective de toute nourriture avec atteinte somatique profonde précachetique ; l'amaigrissement est de 22 kgs. pour un poids initial de 62 kgs. Des tendances d'auto-mutilation s'affirment dans les six derniers mois, les unes paraissant conditionnées, dans la logique délirante, par le besoin de lutter contre la « paralysie digestive » par l'utilisation non seulement de purgatifs à doses excessives, mais aussi de produits chimiques plus ou moins nocifs et surtout de moyens mécaniques tels que l'introduction de fils de fer dans le rectum pour ramener ses matières. . ., d'où hémorragies rectales. Les autres tendances paraissent liées à des idées d'automutilation certaine : dans le but de fuir une situation angoissante, de se soustraire à l'alimentation forcée dont elle est l'objet, la malade tente à plusieurs reprises et réalise une perforation de la paroi abdominale avec des aiguilles, puis une perforation des globes oculaires avec une épingle à cheveux, et enfin avale une aiguille, le tout soustrait avec une ingéniosité exceptionnelle. L'état affectif est caractérisé en plus de l'anxiété, par la disparition de tout intérêt, absorbé en totalité par les préoccupations délirantes dont le caractère obsédant se traduit par la répétition incessante et stéréotypée de ses plaintes et de ses revendications. En même temps des sentiments d'hostilité s'affirment contre les siens avec propos violemment agressifs, injurieux, en particulier à l'égard de sa mère. Il n'existe pas le moindre déficit intellectuel, pas de syndrôme de dissociation.

Cette observation illustre la constitution d'un profond état délirant, où les hallucinations cénestopathiques, vécues dans le cadre d'un état dépressif réactionnel, sont peu à peu remaniées, et dans la continuité du processus psychotique sont finalement abolies dans un authentique délire de négation.

En résumé, dans l'hypochondrie où elles trouvent un cadre privilégié, les cénestopathies peuvent à elles seules réaliser le syndrôme lorsqu'il se présente sous des formes dégradées, où le cénestopathe paraît « découvrir » ses troubles, tandis que l'orientation péjorative de l'hypochondriaque le conduit si l'on peut dire, à leur recherche. En fait, et la plupart du temps, elles relèvent d'une même organisation névropathique de la personnalité, déjà esquissée chez le cénestopathe, et bien affirmée chez l'hypochondriaque. On peut alors les isoler comme symptôme prévalent dans une structure hypochondriaque, au même titre et sur le même plan que les autres formes cliniques, à thèmes de préjudice, de transformation ou d'agression corporelle.

Mais les troubles cénestopathiques, habituellement « autonomes », sont souvent vécus, dans l'hypochondrie, sur le mode d'une agression étrangère, et par conséquent énoncés comme

plaintes, revendications ou protestations. Ils perdent alors jusqu'à leurs caractères de sensations élémentaires, et sont ainsi absorbés dans la névrose hypochondriaque la plus fréquemment observée en clinique.

Ils peuvent aussi se développer sans aucune tendance paranoïaque, mais dans une atmosphère anxieuse parfois ténue qui les place sous la perspective exacte du délire de transformation corporelle, éprouvé comme une altération endogène. Dans certaines formes où l'angoisse paraît s'exclure de la prolifération fantastique des motifs thématiques, cette construction délirante rejoint celle du délire des négations, et l'on peut écrire avec H. Ey qu'elles « réalisent une véritable paraphrénie » (1).

La psychasthénie plus que les autres névroses, trouve un terrain favorable à l'éclosion de cénestopathies comme manifestations d'un malaise indéterminé. Mais d'une manière générale on peut dire que beaucoup de névropathes empruntent souvent les traits cénestopathiques décrits par Montassut chez le déprimé constitutionnel. C'est pourquoi bien des névroses phobiques, obsessionnelles ou hystériques peuvent également comporter des cénestopathies comme symptôme significatif d'une dysharmonie de la personnalité.

---

(1) H. EY : Etude no 16, p. 440.

III

CÉNESTOPATHIES ESSENTIELLES

INTRODUCTION

Parvenus en ce point de cette étude, et si l'on veut confronter le problème actuel des cénestopathies à leur description initiale, où elles sont étudiées comme essentielles, il faut reconnaître qu'il existe un certain écart entre la description minutieuse de DUPRE et les conceptions plus modernes.

Il est évident que la position de DUPRE ne pouvait être que dérivée des thèses mécanicistes émanées des courants philosophiques de la fin du siècle dernier. Mais surtout, les problèmes de la cénesthésie avaient le privilège de se situer à la convergence des doctrines sensualistes de l'époque, et l'on peut dire que dans leur secteur, les travaux du DUPRE en représentent l'achèvement. En effet il est significatif de constater les variations dans le vocabulaire choisi pour désigner des phénomènes à peu près équivalents. Nous pouvons rappeler que SEGLAS parlait déjà de « l'idée de notre personnalité », mais l'époque de DUPRE voit naître les termes de « paraschématie », « d'hyperschématie » en 1893, puis de « cénesthésiopathie » en 1905, et surtout de cénestopathie, terme dont on connaît la fortune.

Mais au delà des variations terminologiques, il est évident que le terme proposé par DUPRE a porté à la fois vers sa perfection clinique, mais aussi vers sa limite historique, le concert classique de cénestopathie, tel qu'il survit encore souvent dans une causalité somatique qui le voue aux critiques les plus justifiées. Et il faut comprendre les apports considérables de la psychanalyse et ceux plus récents de la médecine psycho-somatique, pour voir se dessiner la prodigieuse extension d'un terme vulgarisé mais figé dans sa « préhistoire », et qui brusquement, en se situant dans une perspective dynamique, vient élargir et éclairer l'histoire même des cénestopathes.

a) *La description de Dupré et Camus.*

Il est important d'analyser d'abord la conception de DUPRE et pour cela de retrouver la description originale, où il désigne, « sous le nom de cénestopathies les altérations de la sensibilité commune ou interne, c'est-à-dire les troubles de ces sensations qui incessamment arrivent au cerveau de tous les points du corps et qui, à l'état normal, ne s'imposent à notre attention par aucun caractère particulier, soit dans leur intensité, soit dans leur modalité. On sait de quelle importance est ce domaine de la cénesthésie, qui constitue, au dessous du champ des perceptions de la conscience, le fondement primitif de notre personnalité. On connaît aussi la fréquence, la variété et le rôle majeur de ces troubles au cours des affections mentales ». (123).

Pour lui en effet, s'impose la notion d'un syndrôme particulier, habituellement confondu en nosographie courante avec les états neurasthéniques, mélancoliques et hypochondriaques.

« Il se présente fréquemment aux consultations de neurologie et de psychiatrie, des malades qui se plaignent d'éprouver, dans différentes parties du corps, des sensations anormales, généralement douloureuses, mais toujours pénibles et étranges, dont la durée persistante les affecte, et dont la nature insolite les trouble et les inquiète. . . Mais le syndrôme ne répond à aucune des déterminations proposées : d'abord il ne correspond à aucun territoire nerveux anatomique, à aucune région fonctionnelle définie ; ensuite il n'est pas caractérisé par la douleur ; il ne mérite pas le nom d'algie ou d'algisme. Proches parentes des algies, souvent associées à elles, les cénestopathies sont plus voisines des paresthésies que des douleurs. Elles apportent à la sensibilité objective non pas les vibrations lancinantes, pongitives, excruciantes, etc. . . qui caractérisent la douleur ; mais la gêne, le trouble, l'inquiétude, le tourment que provoque la perception consciente d'une altération organique inexplicable.

Ces malades souffrent avant tout de troubles de la sensibilité interne et offrent secondairement à ces troubles, des réactions de nature variable, déterminées par les tendances individuelles. Ces réactions par leur intensité, peuvent masquer le syndrôme primaire et donner au malade l'apparence d'un anxieux, d'un obsédé, d'un hypochondriaque, même d'un délirant ».

Au cours de ses travaux successifs, DUPRE dégage les limites et affirme l'originalité du syndrôme. Il insiste d'emblée sur l'importance du langage de ces malades. comme un trait caractéristi-

que de leur présentation. Leurs sensations écrit-il, sont décrites « avec un grand luxe d'images et de comparaisons, proportionnelles dans leur précision et leur pittoresque, au niveau intellectuel et à la richesse imaginative du sujet. Ceux-ci d'ailleurs, sentent souvent l'imperfection de leurs récits descriptifs, inhérente à l'insuffisance du langage pour exprimer des sensations d'un ordre nouveau, inédit, personnel à chaque malade, et sans rapport avec aucune expérience antérieure, le sens nouveau de leurs orientations affectives et de leurs systèmes intellectuels. . ., ces synthèses qui représentent le résultat par essence inexprimable d'une activité psychique troublée dans la qualité originelle et dans le mode d'élaboration des éléments de la connaissance. Aussi pour rendre compte du siège et de la nature de leurs sensations, les malades se livrent-ils à une mimique où dominent l'expression anxieuse du visage et la répétition d'attitudes et de gestes destinés à combler dans leurs récits les lacunes du langage. Leurs récits, abondants et semés de comparaisons sont intéressants à recueillir littéralement » (1).

La définition qu'il propose des cénestopathies est celle d'un syndrôme extrêmement banal, fréquent en pathologie psychiatrique, mais aussi dans toutes les disciplines médicales. Mais Dupre ne peut échapper à une certaine ambiguïté lorsqu'il s'efforce de le décrire sur deux plans, celui d'un syndrôme autonome, prenant rang à côté des grandes entités psychiatriques mais aussi d'un symptôme pouvant s'intégrer à d'autres tableaux cliniques. Néanmoins la plus grande partie de ses travaux s'attache à décrire un syndrôme avec tous ses caractères propres et distinctifs. Mais l'étude clinique des cénestopathies se heurte en premier lieu à une extrême diversité dans le siège qu'elles peuvent occuper. Cependant l'ordre de fréquence rencontré dans certaines localisations et les associations les plus courantes, ont permis à Dupre d'établir une sorte de carte topographique des cénestopathies. « Le siège des cénestopathies, souvent impossible à préciser dans ses limites, est presque toujours régional, et intéresse par ordre de fréquence, d'abord la tête, puis l'abdomen, ensuite le thorax, et enfin les membres.

Les cénestopathies céphaliques, qu'on peut prendre comme type de description, affectent surtout le nez, les régions frontonasales, orbitaires, bucco-pharyngée, linguale, occipito-cervicale. Elles reconnaissent souvent des localisations plus vagues, intérieur du crâne, région rétro-oculaire, rétro-orbitaire, carrefour

(1) Encéphale 1907, 2, p. 616.

rhino-bucco-pharyngé, avec liaison d'une région à une autre par une sorte d'anastomose sympathique, de synesthésie qui éveille entre différents centres, des correspondances douloureuses. Certains points semblent rattachés les uns aux autres par des liens trop courts, des « nerfs » dont les tractions s'entre-croisent à travers la boîte crânienne. Les parties sont rétrécies, aplaties, gonflées, desséchées, recroquevillées, déplacées, modifiées dans leur forme, leur température, leur poids, leurs sécrétions, leur mobilité ou leur fixité, etc. . . Elles sont maintenues et comprimées par des crampons, des attaches, des appliques, des tenailles etc. . . Des corps étrangers s'y interposent, des gaz s'y insinuent, des courants y circulent, des bouillonnements y frémissent, des craquements, des crépitations y éclatent, etc. . . Des engourdissements, des serrements, des tiraillements, des ballottements, des dislocations sont ressentis et longuement décrits. A ces pénibles sensations s'ajoutent d'autres malaises de nature plus vague et que les malades désignent faute de mots plus précis, par des termes de paralysie, de congestion, d'anémie, de mort, de pourriture, de carie, d'état de bouillie, etc. . . de telle ou telle région » (1).

Cependant les malades présentent également des symptômes accessoires qui viennent encadrer le syndrôme central, mais dont l'importance peut compliquer le tableau clinique ou même parfois le modifier considérablement. Ce sont des troubles « de nature sensitive ou sensorielle (véritables douleurs, algies, névralgies, prurit, bourdonnements, asthénopie, accomodative, hyperesthésie cutanée ou sensorielle, etc. .) de nature motrice (spasmes, crampes, tremblements, myoclonies, tics, etc. . .) de nature vasculaire ou sécrétoire (troubles vaso-moteurs ou glandulaires) ; des vertiges, des migraines, etc. . . » (2).

A titre d'exemple, nous rapportons ici un passage typique de l'observation d'une malade de DUPRE, où l'absence d'angoisse est manifeste et où dominent des troubles régionaux associés à des perturbations de la « cénesthésie psychique ».

Ce sont des sensations bizarres et indéfinissables dans la tête, le cou et les épaules. Ce sont « comme des contractions des nerfs », des serrements au niveau des deux épaules, comme des crampons fixés dans les fosses sous-épineuses, ce sont, dit-elle, des « attaches ». Sur les parties latérales du cou, il y a comme des boules qui se déplacent sous la peau, qui montent ou descendent depuis la tête jusqu'au thorax. La malade les appelle des sortes de « pulpes arrondies », du volume d'un pois, transparentes et peu épaisses. Elles remontent jusque sur la tête, se collent sur

(1) Mouvement Médical 1913, t. 1, 12-17.
(2) Loc. cit.

les tempes, forment des sortes « d'appliques » qui par leur réunion sur le sommet de la tête, arrivent à former une véritable « calotte ».

La malade éprouve en même temps des sensations de craquement au niveau du canal nasal, de vide et de dislocation dans le crâne, de serrement et de contraction du cerveau, de glace au vertex. Elle a comme un brouillard dans la tête, une pesanteur, une gêne pour penser, un obscurcissement devant les yeux, des nébulosités non extérieures mais intérieures comme morales, qui l'empêchent de voir les objets tels qu'ils sont. Elle se passe souvent la main sur le front, comme pour chasser ce brouillard; elle grimace, presse sur son crâne, frotte sur ses téguments pour déplacer et chasser ces sensations pénibles.

Nullement déprimée, elle manifeste au contraire une grande activité. Elle recherche sans cesse une thérapeutique qui puisse la libérer de ses malaises, car à part ceux-ci, sa santé générale est, dit-elle, excellente.

Mais le tableau des cénestopathies est loin d'être aussi simple; elles peuvent évoluer dans un contexte de phénomènes subjectifs qui viennent en surcharger l'expression. C'est surtout le propre des cénestopathies crâniennes, auxquelles sont souvent associés des troubles de ce que l'on appelle la cénesthésie psychique : inhibition de la pensée, dépersonnalisation, etc. . , qui se combinent étroitement aux perturbations de la sensibilité physique, et démontrent bien sur le terrain de la pathologie l'identité foncière et originelle de tous les modes de l'activité nerveuse : sensitive, motrice et psychique (1).

Enfin elles peuvent apparaître comme symptôme dans les états psychotiques, dont elles ne sont alors qu'un mode d'expression hallucinatoire : « dans la clinique psychiatrique, les cénestopathies apparaissent associées aux troubles sensoriels, affectifs et intellectuels comme une des notes seulement du concert morbide. Elles sont toujours reliées, dans le tableau clinique, à d'autres éléments pathologiques auxquels elles se juxtaposent ou se combinent pour constituer un système psychopathique plus ou moins riche, un délire plus ou moins systématisé » (2). Cette définition constitue la deuxième acceptation du terme proposé par Dupre. Mais elle ne correspond plus en fait à sa description première, puisque les cénestopathies, soumises à la personnalité du psychotique, sont projetées dans un délire en tant qu'éléments séméiologiques.

D'autre part, Dupre décrit un autre mode d'entrée dans le délire, qui est celui de certaines évolutions chroniques des cénestopathies. Ces « réactions » se font surtout sur le mode dépressif, mais elles peuvent également emprunter la plupart des

---

(1) Loc. cit.
(2) Pathologie de l'imagination et de l'émotivité, p. 294.

tableaux cliniques. Mais à travers leur évolution souvent prolongée, les cénestopathies concervent leur siège principal « La fixité de leur localisation topographique est remarquable chez tous nos malades, elles ont pu, au cours de l'observation, varier d'intensité. Mais elles ont toujours prédominé, même à plusieurs années d'intervalle, dans le domaine primitivement affecté. La persistance et la fixité des sensations pathologiques nous semblent constituer un des attributs les plus importants des cénestopathies. . . Elles durent des années, parfois toute la vie, souvent sans atténuation, ou avec des rémissions, des accalmies. . . Chez certains sujets apparaissent de modifications dans le siège des principaux malaises, preuve indéniable de l'origine centrale des troubles sensitifs. . . Chez quelques malades les cénestopathies évoluent par crises temporaires, curables, à la façon des obsessions et relèvent en pareil cas, de la constitution cyclothymique combinée au déséquilibre de la sensibilité. . . Plus rarement les cénestopathies peuvent reconnaître une origine hystérique, et céder soit spontanément soit par suggestion. Enfin chez une dernière classe de malades, les cénestopathies chroniques, après avoir longtemps évolué à l'état pur, sans association vésanique, se compliquent de troubles psychiques, d'ordre dépressif et délirant : les cénestopathes deviennent des mélancoliques, des anxieux, des hypochondriaques, des négateurs, des persécutés. . . Les réactions secondaires les plus fréquentes chez les cénestopathes sont la dépression psychique, l'anxiété et les préoccupations hypochondriaques » (1).

Et il ajoute plus loin que « toutes les transitions s'observent naturellement entre les cénestopathies simples et les cénestopathies accompagnées de réactions délirantes, d'idées d'hypochondrie, de zoopathie interne de possession, de grossesse, d'influence, de négation, de persécution et d'immortalité ».

Le pronostic de se syndrôme est « en général fâcheux parce qu'il révèle un déséquilibre constitutionnel de la sensibilité. Ne dépendant ni d'une altération régionale ou d'une lésion organique, ni d'une altération viscérale que puisse modifier un traitement local ou général, les cénestopathies échappent à l'action thérapeutique directe et évoluent tout au long de l'existence des malades avec des alternances de rémission ou d'exacerbation, comme une anomalie persistante de la sensibilité organique » (2).

(1) Encéphale 1907, 2, 616-631.
(2) Mouvement Médical 1913, 1, 12-17.

Pour DUPRE, la pathogénie des cénestopathies doit être trouvée dans cette constitution particulière du système de la perception cénesthésique. En effet, « l'examen de ces sujets ne permet de constater chez eux le plus souvent aucun symptôme d'hystérie de neurasthénie, d'hypochondrie : le syndrôme se réduit ordinairement au trouble sensitif plus ou moins localisé à une région déterminée, que les malades s'efforcent de décrire, toujours à peu près dans les mêmes termes, aux différents médecins qu'ils consultent. . . Chez tous ces malades c'est le trouble dans la perception ou l'élaboration des sensations internes qui est primitif et fondamental. La cénestopathie est le substratum sensitivo-psychique sur lequel reposent tous les autres phénomènes pathologiques d'ordre émotionnel, idéatif ou moteur. Le trouble de l'humeur, l'interprétation quand elle existe, sont accessoires, variables, et en rapport étroit avec la mentalité de chaque individu. Mais ces réactions secondaires prennent parfois tant d'importance qu'elles peuvent masquer les symptômes primaires et faire errer le diagnostic ».

Enfin DUPRE tente d'éviter l'écueil majeur, celui d'une confusion ou d'une analogie trop grande avec l'hypochondrie. Aussi il consacre plusieurs travaux au diagnostic différentiel, car « le problème le plus délicat consiste à distinguer les cénestopathes des hypochondriaques.

Nos malades ne sont pas des hypochondriaques. S'ils ont des troubles cénesthésiques comparables, ils n'ont pas la constitution psychique spéciale qui permet aux hypochondriaques d'interpréter ces troubles. Ils ne délirent pas, ils n'édifient point de systèmes pathologiques sur leurs symptômes sensitifs, ils n'en tentent pas une explication médicale. Ils ne font que les exposer, et s'ils emploient des comparaisons bizarres, s'ils en viennent parfois à des néologismes, c'est uniquement pour faire comprendre la nature de leur mal. De plus ils ne croient pas, comme beaucoup d'hypochondriaques, à l'origine extra-naturelle de leurs troubles. Ils en reconnaissent au contraire fort bien le caractère morbide et en rattachent spontanément la genèse aux perturbations de leur système nerveux. Ils n'ont jamais la désespérance ou la résignation des hypochondriaques. Ils espèrent au contraire en la possibilité d'une guérison ou d'une amélioration. S'ils consultent sans cesse les médecins et recourent à toutes les thérapeutiques, ils savent accepter les consolations et les raisonnements.

L'analyse psychologique ne décèle pas chez eux cette inquiétude perpétuelle, cette préoccupation incessante sur leur santé,

cet égocentrisme méditatif, cette tendance à l'introspection si typique de l'hypochondriaque. Les cénestopathes conservent leur activité affective et sociale. S'ils deviennent inquiets, tourmentés, anxieux, c'est secondairement, et proportionnellement à leurs sensations pénibles ou douloureuses. Les réactions secondaires n'aboutissent pas aux idées délirantes de négation, d'énormité, d'immortalité, de grandeur.

Les cénestopathes sont des malades à hérédité tarée et à déséquilibre constitutionnel ; mais chez eux le déséquilibre atteint seulement ou surtout la sphère sensitive. Ce sont des anormaux de la sensibilité, ce ne sont pas des délirants. . . Cette différence essentielle justifie à notre avis le groupement de ces malades dans une famille voisine mais distincte de celle des hypochondriaques ».

En somme ce qui différencie l'hypochondrie des cénestopathies est surtout le fait que les hypochondriaques sont ou deviennent délirants. Les cénestopathes se savent malades, s'inquiètent souvent de leur malaises, mais « ils sont dans leur droit », et surtout, « ils ne formulent pas plus d'idées délirantes que les sujets âtteints de névralgie chronique ». Ainsi se trouve délimité « ce mal dont la désignation difficile à préciser ne s'accomode qu'imparfaitement des termes d'algie, topoalgie, odynie, paresthésie, névralgie, névralgisme » (147).

b) *Cénesthésie et Cénestopathie.*

Ainsi « la notion de cénesthésie, fort en vogue à l'époque des travaux de DUPRE » (MARGUERY) lui sert de tremplin pour la physiopathologie des troubles qu'il décrit. Or c'est en effet une période où les troubles de la cénesthésie font l'objet de nombreuses études, car ils apparaissent comme le support des délires hypochondriaques et du délire des négations.

Mais on peut noter deux courants dans la conception de la cénesthésie. Pour les uns qui se situent dans la tradition des philosophes du XIX^me^, cette sensibilité commune est d'abord « une masse indistincte, sous-jacente à la conscience claire et à ses démarches ». (1). Elle est au fond la somme obscure de nos sensations internes.

Pour les autres, il faut l'englober dans « la notion d'espace » d'où va dériver ultérieurement la notion de schéma corporel. Dès 1893 BONNIER (2) pose le problème d'un sens psychique de l'espace : « le sens de l'espace nous définit le monde objectif, le non-moi, par ses propriétés d'orientation objectice et subjective qui nous révèlent la situation des choses de notre milieu dans leur répartition commune et par rapport à nous, et notre propre situation dans notre milieu. Mais tout ceci appartient en réalité au monde objectif dont notre propre personne fait partie. Le sens de l'espace s'étend au delà. Si l'on réfléchit que nous localisons la douleur, le mouvement, les besoins, dans tous les points de notre organisme, — c'est-à-dire dans tous les points de nos centres intérieurs de perception — et que bien des fonctions que nous ignorons à l'état normal se révèlent, quand elles sont troublées, par un ensemble de perceptions que nous savons parfaitement localiser objectivement dans notre organisme, on peut se demander si nous ne localisons pas de même, dans cette partie de notre corps qui devient le monde conscient, les perceptions et les facultés sur lesquelles la conscience projette justement alors sa lumière ? ». (3).

Cette préfiguration remarquable du schéma corporel, énoncée par BONNIER, lui sert à mieux analyser la pathologie de la conscience du corps. Il décrit l'aschématie, « le trouble par lequel certaines parties de nous-mêmes cessent de figurer dans la notion

(1) BLONDEL Ch. : La conscience morbide. Alcan, 1914.
(2) BONNIER P. : Vertige 1ère édition Paris 1893.
(3) BONNIER : Op. cit., p. 50.

que nous avons de notre corps. Quand elles y tiennent trop de place, il y a hyperschématie ; trop peu, hyposchématie ; ou une place qui n'est pas leur place propre, paraschématie ».

Parallèlement, WERNICKE et STORCH (1) étendent le concept sensualiste de cénesthésie à la perception sensorielle du mouvement musculaire effectué « pour adapter l'appareil sensoriel à l'excitant périphérique et réaliser les meilleures conditions de perception. Les perceptions sensorielles ont donc pour concomitant indispensable des sensations organiques, auxquelles revient le rôle le plus important dans la connaissance du monde extérieur et des phénomènes de notre propre organisme. « Grâce aux voies d'association transcorticales, ces sensations organiques d'origine externe et leurs images mémorielles sont intimement unies aux images des sensations organiques d'origine interne, surtout viscérales, dont l'ensemble constitue ce qu'on appelle généralement la cénesthésie, le sens de notre existence corporelle, de notre personnalité psysique» .

Cette théorie est développée par DENY et CAMUS (1905) dans la description « d'une forme d'hypochondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps ». Ce syndrôme peut être compris « comme un trouble particulier de la cénesthésie, comme une variété de cénesthésiopathie, et prendre place à ce titre, dans le vaste groupe des hypocondries ».

Bien que DENY et CAMUS aient ignoré les travaux de BONNIER, il est remarquable de constater la convergence significative de leurs théories dans l'aschématie et l'acénesthésiopathie. Car l'individualisation en 1907, des cénestopathies ne vient révéler, à tout prendre, que le symétrique de ces délires de négation corporelle. De sorte que les cénestopathies sont avant tout l'expression positive, « hypercénesthésique » des troubles d'une cénesthésie émanée et nourrie des doctrines nécanicistes et sensualistes de l'époque.

---

(1) WERNICKE : Grundnis der Psychiatrie in klinischen Vorlesugen. Psycho-Physiologie Theil I, 1894

c) *La question des cénestopathies pures.*

Le syndrôme patiemment décrit par DUPRE dans ses travaux successifs, comprend plusieurs caractères essentiels : ce sont des sensations anormales, toujours indéfinissables, plutôt pénibles que douloureuses qui amènent ces malades à consulter. Apparaissant de façon insolite chez un sujet jusque là normal, elles sont un fait primaire, d'existence autonome. Elles s'installent progressivement, en s'enrichissant de sensations nouvelles au fil des années, mais si leur territoire est difficile à limiter avec exactitude, leur siège principal demeure toujours le même. Elles peuvent concerner les régions anatomiques les plus diverses, et DUPRE les classe selon les localisations anatomiques, en cénestopathies céphaliques, thoraciques, abdominales, et cénestopathies des membres.

Chez ces malades familiers des consultations de spécialistes, jamais on ne peut déceler de cause organique, et tous les examens restent normaux. D'autre part il n'existe pas de réactions psychopathiques, tout au moins au début. L'angoisse même est absente selon DUPRE, et ce n'est que beaucoup plus tard que les malades inventent des explications rassurantes sur leur état, En effet ces sujets ne délirent pas, et la riche expression verbale qu'ils utilisent n'est là que pour tenter d'approcher ces sensations d'un ordre nouveau. Cependant le pronostic des cénestopathies est assez fâcheux, parce qu'elles surviennent sur un terrain altéré, constitutionnellement fragile.

Ainsi dans son originalité de syndrôme, se trouve délimitée une névrose mineure, sur le seuil de l'hypochondrie et des états dépressif, dans laquelle n'existent ni réactions anxieuses ni constructions délirantes. Les cénestopathies semblent bien être le tout premier degré des névroses.

Cénestoptathies et médecine psycho-somatique en pratique clinique

S'il est rare de rencontrer de tels malades dans les services de Psychiatrie hospitalière, pour l'évidente raison qu'ils ne sont pas reconnus comme malades mentaux — à l'exclusion des formes graves telles que les délires hypochondriaques — il est par contre habituel de les observer dans les services ouverts, dans les cliniques privées, et plus encore dans les services de consultation et de médecine générale. . .

Il s'agit en effet d'un syndrôme mineur, de la première morsure de la névrose pourrait-on dire, et de tels malades ne se présentent pas spontanément chez le psychiatre. Soit que les troubles du caractère demeurent en général peu accusés, ou assez bien tolérés par l'entourage, ou que le syndrôme soit parfaitement compatible avec une vie sociale et professionnelle stable bien que médiocre, son évolution longue et insidieuse laisse au cénestopathe le temps de s'accoutumer à ses mille petits troubles dont il ne sait plus trouver le début.

D'emblée le malade insiste sur une symptomatologie fonctionnelle exclusivement somatique mais incontrôlable, et le médecin légitimement alerté, l'adresse à un spécialiste « organique ». Il se plie toujours de bonne grâce à toutes les explorations que l'on veut bien lui faire subir, et si les résultats sont « à la limite de la normale », cette limite justifie également une surveillance qui ne peut qu'incruster le cénestopathe dans sa maladie. C'est parce que ces malades se camouflent sous les aspects les plus divers de la pathologie médicale, qu'ils sont légion dans les services de médecine et les services spécialisés non psychiatriques, où ils viennent périodiquement accomplir un cycle médical. Ils ont d'ailleurs toutes les chances de n'en jamais sortir car ils sont au plus, — selon les propres termes des médecins généralistes — de petits névropathes, parfois des pithiatiques, mais toujours des « fonctionnels » dont il convient de surveiller d'éventuels désordres. Au delà de l'aspect anecdotique, la découverte de sa maladie par une de nos patientes est ainsi résumée d'une manière combien significative : « ça commence toujours par le foie. Au début on ne savait pas ce que c'était, alors je suis allée de spécialiste en spécialiste. Maintenant, on sait que c'est nerveux, alors on perd beaucoup moins de temps, on m'envoie où il faut ».

Il serait fastidieux de rappeler la multitude des thèmes cénestopathiques, et sans doute pourrait-on décrire autant de formes cliniques qui témoigneraient de tous ces malades inclassables, parmi les lithiasiques frustes, les alcalosiques, les dysendocriniens, les petits digestifs dont la symptomatologie est des plus incertaines et des plus mouvantes. Mais se borner à les étudier selon la topographie ou à la recherche d'un diagnostic organique introuvable, en méconnaissant l'essentiel, à savoir les facteurs psychologiques qui conditionnent ces troubles, c'est aboutir à de faux problèmes et méconnaître, dans une conception étroite, la signification réelle des cénestopathies.

Ces problèmes s'éclairent dans la perspective de la médecine psycho-somatique. Est-il nécessaire de rappeler l'importance de

ce mouvement qu'est la médecine psycho-somatique, qui a pris naissance il y a une vingtaine d'années dans les pays anglo-saxons, — et en particulier aux Etats-Unis à la suite des travaux de DUNBAR et de WEISS et ENGLISH — et qui ont mis en valeur le rôle considérable des facteurs psychologiques d'un grand nombre de troubles fonctionnels jusqu'alors incompris, et enfin de compte, méconnus. Et l'on sait maintenant l'apport fondamental de la psychanalyse qui a révélé, selon FREUD, ce « langage des organes » dans la perspective générale de ces « conversions psycho-somatiques » (314).

DELAY et PICHOT (1) ont montré « la fréquence des troubles psychiques et des affections de cause psychique en pratique médicale courante. Un grand nombre de malades dont l'affection est mentale ou de cause psychologique viennent consulter soit le médecin généraliste soit le médecin spécialisé non psychiatre ». Ces auteurs rappellent les études importantes faites en Suède par HELSBOERG en 1958, aux Etats-Unis par ROBERTS et NORTON en 1952, à Londres par SHEPHERD et COLL en 1959. On connaît aussi les remarquables travaux faits en France par HELD, par DUCHENE (324), par BRISSET (2), et à Lausanne par SCHNEIDER.

« De l'ensemble de ces résultats, écrivent DELAY et PICHOT, portant sur les consultations hospitalières et les consultations privées en médecine générale, on peut conclure qu'environ un tiers des consultations sont motivées par des troubles psychiques (38 % des consultations hospitalières, 28, 2 % des consultations au cabinet du médecin). La plupart de ces malades ne présentent pas habituellement de troubles psychotiques, mais essentiellement des troubles névrotiques qui sont souvent réactionnels à des causes conflictuelles, sociales ou familiales. Si l'on ajoute les sujets qui présentent une affection organique mais influencée par des facteurs psychologiques (affection psycho-somatique), ou provoquant des réactions psychologiques nettement pathologiques (troubles somato-psychiques), on obtient un chiffre voisin de 50 %. La concordance de tous ces résultats obtenus dans les différentes études permet de considérer ces chiffres comme actuellement valables ».

Il est évident que dans cette perspective psycho-somatique, se révèle toute l'importance d'une foule d'états qui constituent au sens large les cénestopathies.

---

(1) DELAY et PICHOT : Manuel de Psychologie Médicale.
(2) BRISSET : La Médecine Psycho-somatique est-elle une méthode ou une science ? Conférence faite à la Ligue Française d'Hygiène Mentale. Novembre 1962.

LES CONCEPTIONS SE DEGAGEANT DE CETTE ETUDE

I. — LE CENESTOPATHE ET SON CORPS

Le corps du Cénestopathe

La diversité d'expression des cénestopathes recouvre une conscience insolite de leur corps, éprouvé comme le lieu de leur maladie. Le corps du cénestopathe, modifié dans l'éprouvé de ses organes, se trouve au centre d'une attention parfois étonnée, souvent inquiète, jamais distraite. De même qu'il est parcouru de choses étranges, il est sans cesse pénétré par une conscience affinée, capable de se représenter la douleur au point « que l'on a l'impression que c'est l'organe malade qui parle » (Quidu et Souris, 293).

Au fond le malade est lié à son corps par une relation magique, aussi insolite d'ailleurs que les transformations qu'il prétend y ressentir. Personne ne doute pourtant de la réalité de la maladie, mais il est difficile de le suivre dans le dédale étonnant de son corps où l'enfonce, comme l'écrit Minkowski (149), cette « violation particulière des limites naturelles du moi par des facteurs d'ordre sensoriel, rationnel et spatial, qui, dans le psychisme normal, lui sont entièrement étrangers ».

La douleur du Cénestopathe

Cette intimité particulière avec ses organes colore toute la « douleur » du cénestopathe. Dupre essaie sans succès de la définir tout au long de ses travaux, mais elle échappe à toutes les normes, et il se contente d'approximations « Sensations anormales à caractère plutôt pénible et gênant que douloureux », proches des paresthésies, elles ne peuvent être qu'indéfinissables en effet car elles émanent des régions profondes de notre corps, habituellement silencieuses, et qui forment « une masse indistincte, sous-jacente à la conscience claire et à ses démarches » (Blondel). Elles ne sont pas autre chose, et, l'imprécision et la pauvreté des renseignements qui affleurent à la conscience rendent toute lésion invérifiable et mystérieuse. Ainsi toute impression anormale vient se charger d'une intentionalité inquiétante pour l'intégrité du corps.

En même temps que son incertitude fait sourdre « une imminence d'angoisse » (STECKEL) dans le destin du corps, elle subit une distorsion préjorative qui fait d'elle une « douleur ». Mais cette douleur elle même est déjà une angoisse « car l'angoisse ne comporte pas de connaissance authentique, rien qu'un présentiment du possible et de l'avenir ». (KIERKEGAARD). C'est en quoi toute angoisse est normale, lorsque pesant sur le corps, elle vient remettre en question son engagement dans l'existence, sa liberté dans le monde.

Mais l'angoisse du cénestopathe n'est pas que cette interrogation sans contenu : elle est surtout une attitude pathologique, car elle enferme sa liberté dans un autre monde, elle engage son existence dans son propre corps pour le figer dans la souffrance. Elle pourrait « se caractériser, remarque J. BOUTONNIER (306) par son caractère destructeur, stérilisant ou paralysant l'activité humaine et faisant obstacle à la vie ». La douleur du cénestopathe devient ainsi la raison de son existence particulière. Elle justifie la quête intérieure de sa maladie et les étranges dissections de son corps auxquelles il se livre. Mais surtout elle le peuple d'innombrables images, certitudes rassurantes où vient se diluer l'angoisse.

La relation du Cénestopathe

C'est pourquoi la relation avec l'entourage est le reflet de ce compromis. Le malade cherche le médecin, après tant d'autres, avec une persévérance inlassable. On note dès l'abord, l'exubérance du propos, le pittoresque des comparaisons, la précision des détails, mais derrière ce déferlement sémantique la relation apparaît tendue, « volumineuse », importune. Il s'agit en fait d'un monologue avec son corps, où l'exhibitionnisme verbal n'exige du médecin que la présence et l'attention. Car le malade est blasé sur l'art des médecins. Mieux que personne il connait son mal qui « prend corps » dans tout son être. Depuis fort longtemps il descend avec lui dans la fibre de ses viscères. Il cohabite avec son mal, il le nourrit de ses descriptions. En ce moment il s'en fait l'avocat devant le médecin, il parle pour lui-avec le langage de son corps. Il assiste l'intérêt, le repousse, provoque le médecin, se contredit, en apparence seulement car le

corps a ses raisons que le médecin ne peut connaître. Il est allé dix fois s'exposer à des passes magiques de charlatan. Dix fois le mal l'a réinvesti, et a repris racine, et, s'il fallait livrer son corps à des chirurgies étonnantes, ce serait moins pour l'en extraire que pour confondre le médecin devant ce pari qu'il propose d'une réalité fantastique.

Médecin de son corps, il nous suggère par références allusives, une pathologie évidente pour lui et combien curieuse, mais sur laquelle notre intérêt même l'empêche de s'étendre.

Familier de son corps, il s'adresse uniquement au médecin, qui est peut être seul en mesure de le comprendre; mais en « s'ouvrant » au médecin, il ne veut pas s'exiler sur des terres inconnues. Il faut le suivre, l'approuver, le connaître déjà, pour que s'accomplisse cette opération cathartique par laquelle le cénestopathe déverse en nous l'explication, c'est-à-dire la banalisation de sa maladie.

Position étrange que celle du médecin, contraint de se taire faute de quoi le malade, effaré du sens que pourraient prendre ses mots, se refermerait sur son silence, ou, éluderait toute question. Car s'il exige d'être écouté avec une sorte de préconnaissance déliée mais capable avant tout de ne pas s'étonner, il parvient aussi, dans un paradoxe non moins curieux, à renverser les rôles, et à infliger au médecin d'assister à sa propre caricature.

Cette attitude ambivalente du cénestopathe peut faire de lui un redoutable bavard, comme elle peut le condamner à subir l'agressivité du médecin retournée contre lui. Elle apparaît fondamentale dans la relation du cénestopathe, qui oscille toujours entre deux pôles. En effet le médecin ne peut rester spectateur dans cette irritante confrontation où le cénestopathe le sollicite de devenir figurant, mais figurant muet.

Comme devant l'acteur qui nous invite à le rejoindre en abolisant le temps, l'espace et les contraintes, le médecin « est tenté de participer aussi, de l'imiter. C'est-à-dire tenté de jouer un rôle pour éviter le dialogue, tenté de ne pas le prendre au sérieux, tenté de le manœuvrer ». (1) Mais devant le cénestopathe il n'y que deux attitudes possibles, et on peut échapper à cette alternative.

Ou bien l'abdication du médecin libère le verbe du cénestopathe, et il se trouve immergé dans l'expérience somatique du

---

(1) RACAMIER : Hystérie et Théâtre. Evolution Psychiatrique 1952.

malade dont il devient le réceptacle passif, au cœur d'une conjuration magique où l'angoisse est enclose.

Alors le cénestopathe ne fait grâce d'aucun détail, il se livre en toute liberté à cette prodigieuse gymnastique syntaxique qui est un de ses caractères et non des moindres. Certains détails surgissent de façon opportune, les précisions les plus fantaisistes s'enchevêtrent, et peu à peu il paraît se détendre, ce qui donne à sa description un cachet d'inauthenticité qui manque rarement.

Ou bien c'est « le refus du médecin à l'offre du malade » (Balint, 327) : le médecin ne « joue » pas, et ne voulant pas comprendre, il ne peut éviter l'autre écueil. Le cénestopathe se trouve brusquement assiégé par la résonance menaçante dont se chargent ses propres mots. Il insiste anxieusement sur la nature somatique de son mal : « je ne suis pas fou » est une protestation qui veut convaincre le médecin de ne pas découvrir les limites effrayantes de sa maladie. Il multiplie les comparaisons, il tente d'amoindrir la virtualité de ses images. Et si « la minceur d'une métaphore » le sépare encore du délire, on a bien l'impression que la métaphore n'existe que pour mettre à la portée du médecin l'image de sa métamorphose, certitude inavouable qu'il faut ramener à un registre normal.

La plainte ambiguë du cénestopathe contient tout à la fois la dévalorisation de sa douleur et l'accusation du médecin qui ne peut pas guérir. Et cependant, perdre confiance en un médecin ne le fait pas pour autant désespérer de la médecine.

II. — LA PERSONNALITE DU CENESTOPATHE

Devant la poussière de symptômes que peuvent exprimer les cénestopathes, il paraît bien incertain de tenter un regroupement synthétique, qui permettrait de délimiter une personnalité, prise dans le mouvement de son existence. Les caractères minutieusement décrits par DUPRE ne sont qu'une énumération séméiologique dans laquelle l'analyse psychologique des cénestopathies ne pouvait trouver sa place, puisqu'elles étaient pour lui en rapport direct avec une lésion organique, qui constituait le fait primordial.

Néanmoins DUPRE parle de « déséquilibrés de la sensibilité » voulant souligner par là une constitution mentale héréditairement fragile. Et cette « débilité » trouve déjà son reflet dans la surprenante « anatomie » que le cénestopathe nous propose de son corps. D'une certaine façon notre corps ne trouve « son unité que dans notre pensée, comme l'écrit VALERY (317), puisqu'on ne le connaît que pour l'avoir divisé et mis en pièces. Le connaître, c'est l'avoir réduit en quartiers et en lambeaux ». Mais la dissection du cénestopathe s'opère sous nos yeux chaque fois plus étonnante et plus puérile, à la poursuite de son mal. Elle est pour lui comme une nécessité première, car son égocentrisme fait de son corps le lieu de son existence. Tourné vers la profondeur de sa personne, le cénestopathe demeure incapable d'une bonne adaptation sociale, sans doute parce que son étrange maladie l'occupe tout entier, mais aussi parce que son histoire le montre soumis à la puissance d'autrui, qui le rejette et le fige dans sa maladie. Il est en effet très vulnérable, lui qui découvre en lui sa « différence » en même temps que son impuissance à combler l'écart. Mais dans la naïveté débordante de ses réactions éclatent la crédulité et l'immaturité affective. Incapable comme le sujet normal, « de sacrifier une part de ses tendances instinctives et de reporter son activité sur l'ambiance » (HESNARD, 262), le cénestopathe est imprégné de l'insécurité d'une maladie qui le livre à son mystère.

La cénestopathie n'est pas une maladie de l'enfant, comme le rappelle MARGUERY, mais le fait qu'elle apparaisse à l'âge adulte montre seulement qu'elle est la maladie d'un adulte immature. Il faut évidemment une histoire abondante en petits incidents insignifiants pour que s'édifie « une véritable dialectique de la

maladie, de la santé et de notre corps » (1). Le passé de l'homme normal contribue tout à la fois à l'enrichir et à l'épanouir mais pour le cénestopathe, sans qu'il y ait à proprement parler de crise existentielle, ce flux et ce reflux incessants le mettent en position d'insécurité dans sa façon de vivre. Aussi a-t'il besoin d'une relation de dépendance affective et sociale sans réciprocité, afin de pouvoir évoluer dans un milieu à sa portée. Et, il s'établit en effet avec l'environnement du cénestopathe une sorte de compromis où il trouve à la fois la tolérance et la réassurance. A ce prix son existence médiocre se déroule entre l'incertitude mal formulée et une sécurité inconsistante, dont il se satisfait sans chercher autre chose.

Il est facile de comprendre, devant ce vague sentiment d'incomplétude, la fascination que peut exercer chez un tel sujet le mystère du corps.

« Ce qui touche aux viscères, aux fonctions organiques, aux actes médicaux, à cette réalité qui est, pour chacun de nous, celle qui demeure la plus intime et la plus secrète, éveille chez tous les hommes un vif émoi, profonde résonance du narcissisme le plus primitif. La honte, la curiosité, la coquetterie, l'effroi, le plaisir et la douleur émergent de ce « complexe corporel » ou se réfléchissent en lui. Ainsi se constitue un système d'image privilégiées et particulièrement émouvantes, qui ne cessent de nous occuper et de nous préoccuper, sorte de toile de fond, condition et accompagnement de toute réalité, clavier sensible de notre existence, comme la corporéité elle même. Naturellement cette matière somatique, à travers laquelle et par laquelle nous vivons, qui est en nous, qui nous appartient et à laquelle nous appartenons, pèse de tout son poids sur notre vie psychique et sans cesse l'attire vers l'angoisse de l'existence corporelle, vie précaire que la maladie et la mort sans cesse menacent. Tel est le complexe hypocondriaque immanent à la nature humaine, une des perspectives affectives fondamentales et commune à tous ». (2)

Plus encore que chez tout homme le corps du cénestopathe est soumis à la menace de la maladie et de la mort. Mais la maladie n'est même pas nécessaire pour faire éclater la cénestopathie. Ses avenues secrètes sont dans l'aveu d'impuissance qu'est la vie du cénestopathe. Incapable de s'adapter, fragile et égocentrique par nécessité, il est à la merci de la première défaillance.

1) MARGUERY : Thèse, p. 92.
2) H. EY : Etude no 17, p. 453.

qu'elle soit une raison organique ou un conflit affectif, social ou familial, elle n'est jamais que le motif déclenchant, car elle trouve toujours devant elle une structure incomplète et chancelante, que les plus petites perturbations font basculer vers la maladie.

D'avance mal assuré de son expérience vitale, le cénestopathe interroge volontiers l'état de santé de son corps comme un témoin incertain ou rassurant. « Certes au cours de ma vie lorsque rien d'urgent ne me gouverne, lorsque ma signification n'est pas en jeu, je ne vois pas de problèmes plus graves que ceux de mon corps » écrit Saint-Exupéry (1); mais chez le cénestopathe ces problèmes se présentent spontanément et sont d'une importance majeure pour sa signification. La question qu'il se pose d'une maladie contient déjà toute sa réponse : dans l'effraction de l'intimité corporelle, le cénestopathe peut d'abord accuser un agent extérieur et le rendre responsable de son « imperfection ». Mais aussi, en s'installant dans l'éternel problème d'une maladie sans cesse à découvrir, il peut dans son acquiescement, trouver un compromis pour exister à un échelon de dépendance, mais exister quand même.

C'est pourquoi le mode d'expression du cénestopathe représente une part si importante dans la structure positive de la cénestopathie.

Dans son extraordinaire polymorphisme le langage est un signe des plus caractéristiques. Tour à tour précis ou métaphorique, mais toujours luxuriant, il est le fait le plus surprenant devant lequel se trouve placé l'entourage du cénestopathe. Le malade cherche inlassablement à convaincre l'interlocuteur du trouble singulier qu'il éprouve dans son corps, et qu'il explique par de mystérieux mécanismes comme pour mieux le comprendre lui même. Selon sa culture et son niveau il utilise toutes ses ressources verbales pour tenter de traduire cette connaissance intérieure. Son langage peut-être d'une exubérance telle, que l'on se prend à l'écouter comme une langue nouvelle aux moyens insoupçonnés.

Mais le dialogue laisse l'impression curieuse que le cénestopathe vient à la fois livrer des sensations anormales qu'il ressent réellement, tout en enfermant cet inconnaissable dans des limites somatiques assez banales.

---

(1) Saint-Exupéry : Pilote de guerre, p. 169.

Plutôt que de véritables constructions délirantes, le cénestopathe émet certaines hypothèses, soigneusement contrôlées, et comme « tenues en laisse » par des termes de comparaison. Il ne parle jamais que par analogie, brode seulement autour d'un même thème, selon l'interlocuteur et la précision demandée, mais la maladie ne remplit qu'un secteur de son existence. Il est capable de poursuivre ses activités antérieures, et il conserve ainsi deux langages, l'un adopté à la vie sociale avec les mots de tout le monde, et l'autre qui constitue ce langage morbide auquel la mimique donne son ampleur extraordinaire.

Mais son comportement est tout imprégné d'une certaine agressivité qui découle en partie de cette présence sourde au cœur de son existence. Le cénestopathe est toujours entouré d'une constellation sociale éprouvée, dont le sado-masochisme lui assure la viabilité de son propre monde. Respecté ou rejeté, exerçant souvent une contrainte tyrannique sur sa famille qu'il utilise comme « pilier », il est pour ceux qui l'approchent celui qui porte une maladie mystérieuse et étonnante, celui qui ne veut pas, ou peut-être ne peut pas guérir.

CONCLUSION

Les cénestopathies peuvent se définir comme des phénomènes subjectifs pénibles ressentis avec l'acuité d'une donnée intuitive indiscutable, et pour lesquels toutes les investigations diagnostiques demeurent vaines. Telle peut s'exprimer, ramassée dans une formule paradoxale, l'ambiguïté fondamentale de ces malades.

Cependant, dès que l'on essaie, dans un but descriptif et analytique, de dépasser cette ambiguïté, on est immédiatement conduit à distinguer deux groupes :

— *Les cénestopathies au cours d'une affection organique*, et qui ne rentrent donc pas dans la définition de DUPRE *stricto sensu*. On pourrait délibérément les écarter du cadre des cénestopathies, mais elles sont le plus souvent le fait de malades qui « traduisent » une affections organique méconnue sous les plus invraisemblables tableaux cliniques. Et s'il ne suffit pas d'être averti de l'existence de ces formes « névropathiques » pour les comprendre réellement, il ne s'agit pas pour autant de faux problèmes, car ces malades révèlent une structure cénestopathique préexistante, dont la prise de conscience est la seule condition d'une réelle efficacité thérapeutique. A ce titre, les cénestopathies symptomatiques méritent l'attention particulière que réclame une maladie complexe.

— *Les cénestopathies essentielles*, qui « font problème », car elles ne peuvent être comprises exclusivement dans une perspective psychogéniste. En effet, elles trouvent dans certaines psychoses, en particulier les mélancolies, un terrain privilégié. Elles sont la plupart du temps confondues avec l'hypochondrie, dont elles ne représentent qu'un aspect mineur de névrose.

Mais c'est surtout dans les maladies à intrication psychosomatique, qui font la majorité de la médecine courante, qu'elles peuvent éclore le plus facilement. Et cet aspect si général des cénestopathies permet de décrire, dans une perspective dynamique, une organisation de la personnalité de style névrotique, commune à tous les malades cénestopathes. Il s'agit en effet de sujets chez lesquels l'incomplétude affective a pour corollaire une expression verbale et une présentation qui demeurent sensiblement les mêmes chez tous les cénestopathes, quels que soient au fond, les aspects cliniques sous lesquels ils se révèlent.

BIBLIOGRAPHIE

Cénestopathies symptomatiques

1. CULLERE A. — Délire aigu et urémie. *Arch. franc.* de Neurologie, 1901, 12, 449-452.
2. BONNIER P. — L'aschématie. *Revue Neurologique,* 1905, 54, 605-609.
3. VERGER H. — Sur les troubles de la sensibilité générale consécutifs aux lésions des hémisphères cérébraux chez l'homme. *Arch. gén. Méd.,* 1900, 6, 641
4. DENY P., et CAMUS P. — Sur une forme d'hypochondrie aberrante due à la perte de la conscience du corps. *Revue Neurologique,* 1905, 13, 9, 461-467.
5. de CLERAMBAULT G. — Du Diagnostic différentiel des délires de cause chloralique. *A.M.Ps.,* 1909, 220.
6. BABINSKI J. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans l'hémiplégie corticale (Anosognosie). *Revue Neurologique,* 1914, 1, 845-847.
7. BAVELAER. — Les cénestopahies. *Thèse, Paris,* 1914.
8. VALLON C., BESSIERE R. — Les troubles mentaux d'origine cocaïnique. *Encéphale* 1914, 1, 136-146 ; 232-246.
9. BABINSKI J. — *Revue Neurologique,* 1918, 34, 2, 365. Anosognosie.
10. BABONNEIX L., BRISSOT M. — Un cas d'onirisme avec troubles cénesthésiques et délire de persécution secondaire, chez un dégénéré alcoolique. *Revue Neurologique,* 1919, 35, 30-31.
11. PIERON R. — La question des localisations sensitives de l'écorce et le syndrôme sensitif cortical. *Revue de Médecine,* 1919 nº 2, p. 129-157.
12. CHARPENTIER R. — L'onirisme hallucinatoire. *Revue Neurologique,* 1919, 755-770.
13. LHERMITTE J. et FUMET. — Syndrôme hémialgique pur d'origine thalamique chez un lacunaire. *Revue Neurologique,* 1921, 37, 468-473.
14. PETIT G. — Dissociation psycho-organique, intermittences et périodicité au cours de l'évolution des formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique. *A.M.Ps.,* 1921, 2, 247-271.
15. MARIE P. et BOUTTIER H. — Etude clinique sur les modalités des dissociations de la sensibilité dans les lésions encéphaliques. Revue Neurologique, 1922, 1-22 et 144-160.
16. TRUELLES V. et PETIT G. — Les troubles mentaux dans l'encéphalite épidémique. Compte-rendus de congrés des médecins Neurologistes et Aliénistes de Langue Française, 26ème session, Quimper 1922. *Masson édit.*
17. DUPOUY, SCHIFF et Mme REQUIN. — Idées de négation dans un cas d'encéphalite épidémique chronique. *Encéphale,* 1924 p. 256.
18. LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique. *Alcan édit.,* Paris 1924.
19. GUILLAIN G. — La sclérose en plaques. *Revue Neurologique,* 1924, 41, 648-683.
20. LHERMITTE J. — Les syndrômes thalamiques dissociés. Les formes analgiques et hémialgiques. *Ann. Méd.* 1925, 17, 488.

21. WIMMER A. — Les troubles mentaux précurseurs de l'encéphalite épidémique chronique. *A.M.Ps.* 1925 *Avril* 306-325.

22. VEDEL, PUECH et VIDAL. — Tics, syncinésies et cénestopahie post-encéphalitique. *Soc. Sc. méd. et biol. de Montpellier et du Lanjuedoc, 25 novembre* 1925.

23. BARRE J.A. — Sur un syndrôme sympathique cervical postérieur ; sa cause fréquente : l'arthrite cervicale. *Revue Neurologique* 1926, 2, 1246-1248.

24. MONTASSUT M., LAMACHE et RUBBENS. — Réactions vasomotrices chez les cénestopathes. *Soc. Psych.* 18 mars 1926.

25. TARGOWLA, LAMACHE, DAUSSY. — Délire métabolique de la personnalité Contribution à l'étude des idées de négation. *Revue Neurologique* 1927 1, 683.

26. AUSTREGESILO A. — Les troubles nerveux dans quelques maladies tropicales *Revue Neurologique* 1927, 1, 1-21.

27. GORDON A. — Tumeurs cérébrales et psychoses. *Revue Neurologique* 1927, 1 599-607.

28. LAFORGUE et PARCHEMINEY. — Conflits psychiques et troubles organiques. *Evol. Psychiatr.* 1927, 2.

29. BARUK H. — La période prodromique des tumeurs cérébrales. *Bulletin médical* 1927.

30. LAIGNEL-LAVASTINE et RANVIER. — Cénestopathie pure chez un malade à lombalisation douloureuse de S1 avec spondylolysthésis. *Encéphale* 1927, 2, 701.

31. HALPNEH E. — Les algies faciales et l'anesthésie du sympathique. *Journal de Neurologie et de Psychiatrie* 1928, 28, 179-182.

32. ALAJOUANINE. — Les troubles sensitifs de la sclérose en plaques. Etude clinique. *Revue Neurologique* 1929, 2, 339.

33. OMBREDANE A. — Sur les troubles mentaux dans la sclérose en plaques. *Thèse Paris 1929.*

34. RODRIGUEZ-ARIAS. — Les troubles sensitifs de la sclérose en plaques. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de France et des Pays de langue française,* 1929 33ème session.

35. CLAUDE H. et BARUK H. — Les troubles psychomoteurs d'origine cérébrale *Presse médicale* 1931, 2.

36. GUIRAUD P. et ABELY X. — Sclérose en plaques et psychose hallucinatoire chronique. *A.M.Ps.* 1932, 1, 291-295.

37. OTAKAR J. — Les troubles de la sensibilité dus aux lésions des lobes pariétaux ; leur valeur pour le diagnostic topographique. *Revue Neurologique* 1932, no 5, 797.

38. CONRAD K. — Versuch einer psychologischen Analyse der parietal syndrome. *Monatschr. für Psychiatrie und Neurologie* 1932, 84, 28-97.

39. PAULIAN D et STANESCO J. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le parkinsonisme. *A.M.Ps.* 1932, 1, 392-400.

40. SIGWALD J. L'hypoglycémie. *Thèse Paris* 1932.

41. CLAUDE H. et EY H. — Les théories neurologiques des phénomènes psychosensoriels. *Encéphale* 1932, 7, 576-621.

42. CONRAD K. — Das korperschema. *Zeitschr. für d. g. Neur. und Psych. 1933,* 147, 346-369.

43. BARUK H. — Epilepsie et troubles de la pensée interne. *A.M.P.s.* 1933,1, 32-51.

44. LHERMITTE J. et TRELLES J.O. — Sur l'apraxie pure constructive. Les troubles de la pensée spatiale et de la somatognosie dans l'apraxie. *Encéphale* 1933, 28, 6, 413-444.

45. CLAUDE H., EY H., MIGAULT. — Etats « dysesthésiques » de structure comitiale. *A.M.Ps.* 1934 1, 257-267.

46. ANGYAL L. — Zur Bedeutung des interparietalen Syndroms bei der Schizophrenie. *Arch. F. Psych.* 1934 102, p. 107.

47. Van BOGAERT L. — Sur la pathologie de l'image de soi. *A.M.Ps. ;* nov-déc. 1934 p. 519, p. 744.

48. HOFF H. et POTZL O. — Ueber ein neues parieto-occipitales Syndrom Storungen des Korperschema. *Jahrbuch für Psychologie und Neurologie* 1935, 52, 173-278.

49. LHERMITTE J. et CLAUDE O. — Troubles de la sensibilité à disposition cheiro-orale dans une lésion corticale en foyer. *Revue Neurologique* 1935, 63, 427-431.

50. LHERMITTE J. et AJURIAGUERRA J. de Syndrôme hémialgique fruste par ramollissement pariétal. *Revue Neurologique* 1935, 64, 204-210.

51. BARUK H. et RACINE J. — Contribution à l'étude des cénestopathies. Rôle possible de certains facteurs vasculaires. *Revue Neurologique* 1935, 64, 936-949.

52. HERMAN E. et BIRENBAUM A. — Cénestopathie par lésions vasculaires cérébrales. *Revue Neurologique* 1936 66, 647.

53. KESCHNER M., BENDER M. et STRAUSS I. — Symptômes mentaux dans les cas de tumeurs temporales. *Arch. Neurol. Psych.* 1936, 35, 572-596.

54. GARCIN R. — La douleur dans les affections organiques du système nerveux central. *Revue Neurol* 1937, 68, 2, 105-153.

55. TINEL J. — Le système nerveux végétatif. *1 vol. Masson 1937, p. 606 et suiv.*

56. WINTHER Kn. — Les algies d'origine bulbaire.*Revue Neurologique* 1937, 2, 161-167.

57. BARUK H. — Psychiatrie médicale, physiologique et expérimentale. *1 vol. Masson* 1938.

58. SMYTH G.E., STERN K. — Tumeurs du thalamus. Etude clinique et anatomo-Pathologique. *Brain,* 1938, 61, 339-374.

59. MARCHAND L., et de AJURIAGUERRA J. — Des troubles du schéma corporel au cours des accidents épileptiques. *A.M.Ps.* 1940, t. I., 252-259.

60. ANDRE-THOMAS. — L'image de mon corps. *Revue Neurologique* 1942, 1, 19.

61. THUREL R. — Névralgie faciale et alcoolisation du ganglion de Gasser. *1 vol. Masson éd. 1942.*

62. RISER M., TAPIE J. GERAUD J. — De la pathogénie de l'anorexie mentale et des cénestopathies. *Congrès des médecins Aliénistes, Montpellier* 1942.

63. De AJURIAGUERRA J. — Cénestopathie facile droite périodique. *A.M.Ps.* 1945, 2.

64. HECAEN H. et DAVID M. — Syndrôme pariétal traumatique : asymbolie tactile et hémiasomatognosie paroxystique et douloureuse.*Revue Neurologique* 1945, 77, 113-124.

65. HECAEN H. et AJURIAGUERRA J. — Hallucinoses et hallucinations dans les tumeurs cérébrales. *Gazette des hôpitaux,* 15 *janvier* 1946 no 2, 25-31.

66. GLUCK G. — Sui disturbi delle schema corporeo in malati mentali con particolare riguardo all eautoscopia. Schema corporeo e schema psichico. *Rivista di Neurologia* 1946, 16, 1, 1-45.

67. COULONJOU R. et HECAEN H. — Perturbations transitoires du schéma corporel après convulsivothérapie par électrochoc. *A.M.Ps.* 1946, 2, 142-144.

68. FRIBOURG-BLANC A. et CHARLIN A. — Tumeur temporale à symptomatologie mentale pure. *Revue Neurologique* 1946, 78, 60-62.

69. HEUYER G., SAUGUET et LEBOVICI S. — Syndrôme dépressif d'aspect psychasthénique précédant le syndrôme neurologique de la maladie de Parkinson. *A.M.Ps.* 1946, 2, 259-260.

70. EY H. — Système nerveux et troubles nerveux. *L'évolution Psychiatrique* 1947, 1, 71-101.

71. FAIRWEATHER D.S. — Aspects psychiatriques du syndrôme post-encéphalitique. *Journal of mental sciences* 1947, 93, 201-254.

72. LERICHE R. — Les douleurs des amputés. *Progrès médical* 1947, 75, 263 et 291.

73. AJURIAGUERRA J. et HECAEN H. — Dissolutions locales et dissolutions générales des fonctions nerveuses. *Neurologie et Psychiatrie. Hermann Paris* 1947.

74. RISER M., GAYRAL L., LABOUCARIE J., PIGASSOU. — La symptomatologie cénestopathique au cours des atteintes radiculo-médullaires cervicales *Compte-rendu du congrès des Neuro--Aliénistes français* 1948, p. 377, *Masson édit., Paris.*

75. ABELY X., ASSAILLY L. et LAINE. — Les facteurs vasculaires et endocriniens de l'affectivité *E.S.F. Paris 1948.*

76. ALLIEZ J., PAILLAS J.E. et TAMALET J. — Hallucinoses et hallucinations olfactives. *A.M.Ps.* 1949, 1, 4, 342-354.

77. ALLIEZ J., PAILLAS J.E. et TAMALET J. — Aspects psychiatriques des tumeurs temporales. *A.M.Ps.* 1949, 1, 4 356.

78. NYSSEN R. et WENS M. — Contribution à l'étude du déficit de l'intelligence chez les Parkinsoniens encéphalitiques. *Acta Neurol. Psychiat. Belgica* 1949, 1, 287-307.

79. KLOTZ H.P. et BORENSTEIN P. Intérêt de la notion de spasmophilie en Neurologie et Psychiatrie.*Sem. Hôp. Paris* 1949, 640-644.

80. AUBIN H. et GACHKEL. — Nosophobies prémonitoires. *A.M.Ps.* 1949, 2, 6, 64.

81. DELAY J. et VERDEAUX G. et J. — Les formes frustes et larvées de l'épilepsie psychique. Valeur de l'électroencéphalographie. *Encéphale* 1949, 5, 193-220.

82. GAYRAL L. — Les syndrômes du sympathique cervical postérieur. *Toulouse Médical,* 1949, 10.

83. PETIT-DUTAILLIS D. et BARBIZET J. — Contribution à l'étude de la physiologie du lobe pariétal. *Revue Neurologique* 1950, 79, 127-130.

84. LHERMITTE F. — Les leuco-encéphalites. *1 vol. Flammarion éd.* 1950.

85. HECAEN H. et AJURIAGUERRA (J. de). — Syndrômes rolandiques. *E.M.C.* 1950, 17036 D.

86. WALTER-BUEL H. — La psychiatrie des tumeurs cérébrales et les fondements cérébraux des phénomènes psychiques. *Ed. Springer-Verlag, Vienne* 1951, 226 p.

87. ABELY P. — Hypothalamus et troubles psychiques. A.M.Ps. 1951, 4, 417.

88. HECAEN H. et de AJURIAGUERRA J. — Méconnaissances et hallucinations corporelles. Intégration et désintégration de la somatognosie. *Masson édit.* Paris 1952, 382 p.

89 ALLIEZ J. — Epilepsie psychique et Lobe temporal. *Evolution psychiatrique* 1952, 1, p. 21-40.

90. RISER M. et GAYRAL L. — Formes psychiatriques et psycho - somatiques du syndrôme sympathique cervical postérieur. *Congrès international d'Oto-Neuro-Ophtalmologie Lisbonne* 1952.

91. CRITCHLEY M. — Le Lobe pariétal. *Revue Neurologique* 1953, 89, 302-306.

92. ANDERSON M. et SEMERARI A. — Disturbi dello schema corporeo como prodromo del parkinsonismo post-encefalitico. *Revista di Neurologia* 1953, 23, 2, 127.134.

93. HOFF H. — Les relations fonctionnelles entre le lobe pariétal gauche et le lobe pariétal droit. *5ème Congrès neurologique international* 1953.

94. LHERMITTE J. — Image corporelle et lésions pariétales.*Revue Neurologique* 1953, 89, 306-308.

95. ROGNANT J.P. — L'épilepsie temporale : ses formes neuro-psychiatriques pures. *Thèse Bordeaux,* 1953, 193.

96. MARCHAND L., LECONTE M., ROPERT R. — Des manifestations psychiques au cours de la sclérose en plaques. *A.M.Ps.* 1954, 2, 321-352.

97 SIGWALD J. et PICOT C. — Algies céphaliques. *E.M.C. N. Psy* 1954, *17081-A10.*

98. THIEBAUT R. — Les manifestations neuro-Psychiatriques de la tétanie chez l'adulte. *Thèse Lyon* 1954, 126.

99. KLAGES W. — Erreurs de sensations corporelles dans les affections thalamiques et chez les schizophrènes. *Arch. f. de Psychiatrie* 1954, 192, no 2, 130-142.

100 GASTAUT H., MORIN G. et LESEVRE N. (Mme). — Etude du comportement des épileptiques psychomoteurs dans l'intervalle de leurs crises. *A.M.Ps* 1955, 113, 1-27.

101. RISER M. GAYRAL L., FERNANDEZ A. — Les manifestations psychiatriques dans les syndrômes du sympathique cervical postérieur. *A.M.Ps.* 1955, 2 108, *et Toulouse Médical* 1955, 56, 3, 489-500.

102. LEYRITZ, LEBEAU et WICKER. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans les cervicarthroses. *A.M.Ps.* 1956, 2, 121.

103. De AJURIAGUERRA J et HECAEN H. — Syndrôme Thalamique. E.M.C.. *Neurologie* 17037 F 10.

104. GASTAUT H., PAILLAS J. et POINSO R. — Localisation anatomique et électro-encéphalographique d'une épilepsie temporo-occipitale caractérisée par des crises métamorphopsiques avec altération du schéma corporel *Revue Neurologique* 1956, 94, 3, 272-279.

105. MANCEAUX A.G., PELICIER Y et coll. — Cénestopathie grave provoquée par une luxation de vertèbre cervicale, et guérie par manipulation vertébrale. *Société d'O.N.O. d'Alger* 1956, 26 juin.

106. DIMITRIJEVIC D.T. — Sur la structure des douleurs thalamiques. *L'encéphale* 1957, 46, 129-139.

107. ARSENI C., CRETAN C., BOETZ M. et GOLDENBERG M. — Troubles paroxystiques de l'image corporelle dans le cadre des lésions fronto-temporales droites. Revue Neurologique 1957, 5, 401-406.

108. JOYEUX J. — Le syndrôme neuropsychiatrique de la spasmophilie. *A.M.Ps.* 1958 1, 473-503.

109. KLOTZ H.P. — La tétanie chronique ou spasmophilie. *1 vol. Paris. L'expansion Scientifique* 1958.

110. ARSENI C., CRETAN C., BOTEZ M. et GOLDENBERG M. — Troubles paroxystiques de l'image corporelle dans le cadre des lésions fronto-pariéto-temporales droites. *A M.Ps.* 1958, 1, 730.

111. RUFFIE R. et FOURNIE A. — Pathologie de la colonne cervicale. Manuel de rhumatologie. *Monographies médicales et scientifiques* 1960, 1, 28.

112 RISER M. et COLL. — Tumeurs temporales latentes. Expression neuro-psychiatrique. *AM.Ps.* 1960, 2, 495.

113. SCHERZER E. — A propos d'un cas de trouble du schéma corporel. Wiem. Zeitschr. Nervenh. 1960, 17, 213-217.

114. LHERMITTE F. et CAMBIER J. — Les perturbations somatognosiques en pathologie nerveuse. Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. *LVIIIème session Lille* 1960. *Masson édit.*

115. PIERSON A. — A propos des névroses traumatiques. *Encéphale* 1961, 6, 578-598.

116. ANASTASOPOULOS G.K. — La surestimation nosognostique (à propos du comportement pathologique en présence d'un déficit fonctionnel). *Psychiat. Neurol.* 1961, 141, 3, 214.

117. FOLLIN S. et AZOULAY J. — Les altérations de la conscience de soi. *E.M.G. Psychiatrie* 1961, 37125 A 10.

118. FISHER S. — Image corporelle et nature de la réaction (à un stimulus appliqué) à une partie supérieure ou inférieure du corps. *Psychosom. Méd.* 1961, 23, 5, 400-402.

119. VIRET G. — Les épilepsies somato-sensitives. *Thèse Lyon* 1961, 208.

120. COSSA P. et DARCOURT G. — Etude psychologique d'un cas d'hémiplégie gauche avec illusion de présence corporelle. *A.M.Ps.* 1962, 120, 1, 91-95.

121. GAYRAL L., MILLET L., STERN H. TURNIN M.J., CARRERES J. — Les manifestations neurologiques et psychiatriques de la porphyrie idiopathique. *Toulouse Médicale* 1963, 3, 299-322.

Cénestopathies Associées aux divers syndrômes mentaux

122. DENY G., CAMUS P. — Sur un cas de délire métabolique de la personnalité, lié à des troubles de la cénesthésie. *Arch. Neurol.* 1905, 10, 257-268.

123. DUPRE E. et CAMUS P. — Les cénestopathies. *Congrès de Genève. Encéphale* 1907, 1, 231.

124. DUPRE E. — Les psychoses hallucinatoires chroniques. *Bulletin médical. Avril* 1907.

125. DUPRE E. et CAMUS P. — Les cénestopathies. *Encéphale* 2, 12, 1907, 616.

126. HESNARD A. — Les troubles de la personnalité dans les états d'asthénie psychique.. *Paris, Alcan, 1909.*

127. BLONDEL Ch. et CAMUS P. — Cénestopathie à localisation céphalique. *Encéphale* 1909, 1, 5, 595.

128. SICARD. — Diagnostic des névralgies faciales. Névralgisme facial. *Presse médicale,* 21 avril 1909.

129. CAMUS P. et BLONDEL Ch. — Cénestopathie encéphalitique. *Société de Psychiatrie* 29 mai 1909, p. 595.

130. REGIS E. — Précis de Psychiatrie. *4ème éd. Paris* 1909.

131. DUPRE E. et LONG-LANDRY (Mme). — Cénestopathies. *Encéphale* 1910, 1, 3, 466-470.

132. TISSOT G. — Les délires d'interprétation à base cénestopathiques. *Thèse Paris* 1910.

133. BOULAY. — Les paresthésies pharyngées. *Presse médicale* mars 1910.

134. TISSOT G. — Délire de persécution à base cénestopathique. *Annales médico-psychologiques* 1910, 1, 392-393.

135. MAILLARD R. — Les différentes espèces de douleurs psychopathiques. *Congrès d'Amiens* 1911.

136. PIQUE. — Les fausses cénestopathies. *Soc. Psych.* 19 janvier 1911..

137. DEJERINE J., GLAUCKLER E. — Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses. *1 vol. Masson édi.* 1911.

138. CAMUS. P. — Cénestopathie et psychose maniaco dépressive. *Encéphale* 1913, 2, 83.

139. DUPRE E. — Les cénestopathies. *Mouvement médical* 1913, 1, 12-17.

140. AUSTREGESILO ESPOSEL. — Les cénestopathies. *Encéphale* 1914, 1, 425-439.

141. DUPRE E. et LOGRE B. — Les psychoses imaginatives aiguës. *A.M.Ps.* 1914, 6, 144-169.

142. BUSCAINO V.M. — Les cénestopathes constitutionnels. *Rivista di patologia nervosa e mentale* 1918, 9-10, p. 257-285.

143. CHASLIN P., CHATELIN, MEYERSON. — Note sur quelques cas anormaux de mélancolie. A.M.Ps. 1921, 1, 425.

144. SALMON. — Sull'origine centrale dell'emotione. *Quaderni di psichiatrica 1922,* 1, 2, 3, 4.

145. LAIGNEL-LAVASTINE. — Erreurs de diagnostic par méconnaissance de la psychose périodique. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique* 1922, 2, 77.

146. DIDE J. et GUIRAUD P. — Psychiatrie du Médecin praticien. *1ère éd. 1 vol. Masson édit.* 1922.

147. DUPRE E. — Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. *1 vol. Payot* 1925.

148. MONTASSUT M., BAYLEY P. CENAC M. — Cénestopathie et périodicité. *Encéphale* 1926, 1, 487.

149. MINKOWSKI E. — Contribution à l'étude du syndrôme d'automatisme mental. Automatisme mental et cénestopathie. *A.M.Ps.* 1927, 1, 104-119.

150. LEVY-VALENSI, LARGEAU, MARIE G. — Idées de négation avec troubles cénesthésiques. *Revue Neurologique* 1927, 1, 255-256.

151. HALBERSTADT. — La mélancolie présénile et ses variété cliniques. A.M.Ps. 1928 307-325.

152. MALLET R., MALE P. — Délire cénesthésique. *A.M.Ps.* 1930, 2, 198.

153. BARUK H. — Discussion sur les cénestopathies. *Encéphale* 1930, p. 233.

154. NATHAN. — Les malades dits imaginaires. *Doin éd. Paris* 1931.

155. MALLET R., GOURIOU P. — Délire cénesthésique. *A.M.Ps.* 1931, 1, 521.

156. GOURIOU P., et MONDAIN P. — Pseudo-cénestopathie (algie pyorrhéique anxiogène). *A.M.Ps.* 1931, 1, 524.

157. TARGOWLA R. — Les syndrômes psychosomatiques. *Presse médicale* 1931, 2, 9 1292.

158. MALLET R. — Obsessions et délires cœnesthésiques. *Revue Médicale Française,* décembre 1931.

159. CLAUDE H., EY H. — Evolution des idées sur l'hallucination. *Encéphale* 1932, 5, 361-377.

160. MALLET R. — Auto-conduction, automatisme, cénesthésie. *A.M.Ps.* 1932, 2, 432-435.

161. STORRING E. — La dépersonnalisation. *Arch. f. Psychatrie und. Nervenkrankheiten* 1933, 98, 4.

162. Van BOGAERT L. — De l'algohallucinose aux troubles du schéma corporel. *A. M.Ps.* 1934, octobre, p. 423.

163. BARUK H. et CORNU R. — Un cas de névrose dysphagique. *A.M.Ps.* 1935, 2, 271.

164. ANGYAL A. — The perceptual basis of somatic delusions in a case of schizophrenie. *Arch. Neur. Psych.* 1935, 34, 270.

165. BALVET P. — Le sentiment de dépersonnalisation dans les délires de structure paranoïde. *Thèse Lyon* 1936, 107, Cf. aussi 268.

166. LHERMITTE J. et TCHEHRAZI. — L'image du moi corporel et ses déformations pathologiques. *Encéphale* 1937, 32, 1-24.

167. LONGUET Y. — Les formes monosymptomatiques de la mélancolie intermittente. *Thèse Paris, Le François édit.* 1937, no 335.

168. PERON N. — La douleur vue par un psychiatre. *Réunion neurologique internationale, Paris,* juillet 1937.

169. GEVAUDAN Y. (Mlle). — Syndrômes périodiques nerveux et mentaux en dehors des états maniaques dépressifs. *Thèse Vigot édit., Paris* 1937, no 409.

170. GELMA E. — Sur la signification de certaines algies psychiques. *Revue Neurologique* 1937, 68, 2, 313-316.

171. BARUK H. — Psychiatrie médicale, physiologique, et expérimentale. *1 vol. Masson* 1938.

172. MONTASSUT M. — La dépression constitutionnelle. *1 vol. Masson éd.* 1938.

173. LHERMITTE J. — L'image de notre corps. *M.R.C. édit. 1 vol.* 254 p. 1939.

174. MOURGUE R. — L'image de notre corps. *Encrphale* 1939-41, 2, 339.

175. LHERMITTE P. — De l'image corporelle et de ses déformations morbides. *Journal Psychol.* 1940-41, 321.

176. NACHT S. — Introduction à la médecine psychosomatique. *Evolution psychiatrique* 1941, 1, 64.

177. DELMAS-MARSALET P., LAFFONT, FAURE. — Sur les formes pseudo-schizophréniques de la spychasténie. *Encéphale* 1942, 1, 1-12.

178. RISER M. DARDENNE, GAYRAL L. — Perturbation du schéma corporel à type de « dyssomatognosie ». *A.M.Ps.* 1944, 2, 19-20.

179. AUBIN H. — La neurasthénie bacillaire. *A.M.Ps* 1945, 2, 6.

180. BOUTONNIER J. — L'angoisse. *Alcan édit. Paris* 1945.

181. De AJURIAGUERRA J. et HECAEN H. — Les troubles cénestopathiques dimidiés Leurs rapports avec les hémialgies. *Rev. méd. franç. Août* 1946, 27, 146-152.

182. BOREL A. — Le symptôme mental. *L'évolution psychiatrique* 1947, 1, 105-122.

183. EY H. de AJURIAGUERRA J., HECAEN H. — Les rapports de la neurologie et de la psychiatrie. *Hermann édit. Paris* 1947. *(Collections actualités scientifiques et industrielles).*

184. BARBE A. — Cénestopathie et mélancolie. *Bull. Acad. Nat. de Médecine* 1947, 2, 11 247 p.

185. DE SEZE et VERMEIL. — Semaine des hôpitaux 1948, 1.

186. HECAEN H. — Le schéma corporel et ses troubles. *Evol. Psychiatr.* 1948, 2, 75-118.

187. COULONJOU J. et HECAEN H. — Perturbation transitoire du schéma corporel après convulsivothérapie par électrochoc. A.M.Ps. 1948,2, 76.

188. De AJURIAGUERRA J. et HECAEN H. — La notion de schéma corporel et ses applications en psychiatrie. *Evol. psychiatr.* 1948, 2, 75-118.

189. MINKOWSKI E. — Phénoménologie et analyse existentielle. *Evol. Psychiatr.* 1948, 4.

190. BORNSTEIN B. — Sur le phénomène du membre fantôme. *Encéphale 1949, 1,* 32-39.

191. FRETET J. — La relation hallucinatoire. *Evol. Psychiatr.* 1949, 2, 121-153.

192. MARGUERY G. — Contribution à l'étude des cénestopathies. *Thèse Toulouse* 1949.

193. BARBE L. — Cénestopathies et mélancolie. *A.M.Ps.* 1940, 1, 201.

195. BONNAFE, EY, FOLLIN. LACAN, ROUAR. — Le problème de la psychogenèse des psychoses et des névroses. *Desclée de Brouwer* 1950, 1 vol. 219 p.

196. GUIRAUD P. — Psychiatrie générale. *Le François édit. Paris* 1950.

197. MALE P. — Notions actuelles sur les troubles psychiatriques de l'adolescence et la délinquance juvénile. *Semaine des Hôpitaux de Paris,* 26 juin 1950, 2261-2266.

198. NEUVEGLISE D. — Le schéma corporel en pathologie mentale. *Thèse Bordeaux* 1950.

199. PLANQUES J. — Le mécanisme des cénestopathies. *Bulletin de la société de Médecine, Chirurgie et Pharmacie de Toulouse,* février 1951.

200. BARUK H. — Le sentiment de la personnalité, la dépersonnalisation et la cénesthésie. A.M.Ps 1951, 2, 4, 393.

201. KRAPF E. — Sur la dépersonnalisation. *Encéphale* 1951, 3, 217-227.

202. LHERMITTE J. — Les hallucinations. Clinique et Physiologie. *C. Doin et Cie édit. Paris* 1951.

203. LAFORGUE R, et ALLENDY R. — Le Psychanalyse et les Névroses. *1 vol. 208 p. Payot, Paris* 1951.

204. BARUK H. — La désorganisation de la personnalité. *1 vol. 161 p, P.U.F.* 1952.

205. RISER M. — Pratique neurologique. *2 vol. Masson édit. 1952.*

206. De AJURIAGUERRA J et HECAEN H. — Méconnaissances et hallucinations corporelles. *1 vol. Masson Paris,* 1952.

207. MARTY P et FAIN M. — Contribution à l'étude des rachialgies par l'examen psychodynamique des malades. *L'évolution psychiatrique* 1952, 1, 95-121.

208. BACHET M., PADOVANI P. MARCHAIS P., et WEISS C. — Douleurs du dos pseudovertébrales et psychoses graves chez la femme. *A.M.Ps.* 1952, 110, 5, 587-592.

209. FENICHEL O. — La théorie psychanalytique des névroses. *P.U.F.* 1953, *2 vol.*

210. PETIT-DUTAILLIS, MESSIMY D. et BERGES L. — La Psycho-chirurgie dans les algies irréductibles. Etude de 57 cas. *Revue Neurologique* 1953, 1, 65-67.

211. FOURNY L. — De la cénestopathie. *Thèse Toulouse* 1954, 69.

212. SAUGUET H. — Etats hypochondriaques névropathiques. *E.M.C. Psychiatrie* 2-1955,, 37 350 A 10.

213. MALLET J. — La dépression névrotique. *L'évolution Psychiatrique* 1955, 3, 485-501.

214. EY H. — Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique. *Evolution Psychiatrique* 1955, 3, 532-553.

215. LABOUCARIE J. — L'unité des états dépressifs. *Symposium sur les états dépressifs. Parsi* 1954. *Evolution Psychiatrique* 1955, 3, 564-571.

216. BARAHONA-FERNANDEZ J. H. — La sensibilité intérieure et le moi. *Evolution Psychiatrique* 1955, 4, 597-617.

217 DESHAIES G., MORLON C., RIVAILLE C. — Traitement et pronostic des psychopathies chroniques. *A.M.Ps.* 1955, 113, 4, 558-604.

218. RACAMIER P. et GENDROT J.A. — Névrose d'angoisse. *E.M.C. Psychiatrie* 1955, 37 330 A 10.

219. CRITCHLEY M. — Quelques observations relatives à la notion de conscience du moi corporel (corporéal awareness). *Encéphale* 1955, 6, 501-531.

220. LOO P., ELOY G, DUFLOT J.P. — Névroses et états névrotiques. *A.M.Ps.* 1956, 2, 227-253.

221. BENASSI P. — Les cénestopathies. *Rivista spérimentale di freniatria,* 1956, juin. *fasc.* 1-2, p. 207.

222. FAURE H. — L'investissement délirant de l'image de soi. *Evolution Psychiatrique* 1956, 3, 545-583.

223. BASAGLIA F. — Le corps dans l'hypochondrie et la dépersonnalisation. *Rivista spérimentale di Freniatria* 1956, 3, 433-490.

224. PORTIER C., HIMMELFARB-COBUT L. et BLANC Y. — Céphalées rebelles et états affectifs. *A.M.Ps.* 1957, 1, 697-703.

225. LOO P., ELOY G., DUFLOT J.P. et FADEUILHE A. — Les Névroses. *A.M.Ps.* 1957, 2, 663-695.

226. HUBER G. — La Schizophrénie cénestopatique. *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete* 1957, 25, 9, 491-520.

227. EY H. — Les hallucinoses. *Encéphale* 1957, 46, 564-573.

228. MICHAUX L. — Les aspects psychiatriques de la douleur somatique in La douleur et les douleurs. Alojouanie. *1 vol. Masson* 1957.

229. LOO P. ELOY G. DUFLOT J.P., CERTHOUX J. et PERRIN J. — Hypochondrie et Névrose. *A.M.Ps.* 1958, 1, 303.

230. FOLLIN S. — Sur la psychopathologie du processus schizophrénique. *Evolution Psychiatrique* 1958, 213-275.

231. MALE P. et GREEN A. — Les préschizophrénies de l'adolescence. *Evolution Psychiatrique* 1958, 2, 323-375.

232. LABOUCARIE J. — Réflexions sur les thérapeutiques organiques et les psychothérapie dans les psychoses. (A propos des mélancolies et des délires chroniques). *Toulouse Médical* 1958, 59, 4 301-317.

233. BARUK H., LAUNAY J., TARDY C., BOIGE P., BRICOURT J. — Expérience clinique de la prochlorpémazine. *Société Moreau de Tours,* 19 janvier 1959

234. CREMIEUX A., ALLIEZ J., PACHE R. — Troubles importants de la corporéité. *A.M.Ps.* 1959, 2, 671.

235. LABOUCARIE J., BARRES P., LACASSIN P. et BES A. — Le G. 22 355, imipramine (Tofranil) dans le traitement des états dépressifs mélancoliques (d'après 70 observations). *A.M.Ps.* 1959, 4.

236. BARUK H. — Cénestopathie et dépersonnalisation in traité de Psychiatrie. *2 vol. Masson édit* 1959, *t. 1,* 188-204.

237. HESNARD A. — Apport de la phénoménologie à la psychiatrie contemporaine. *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. LVIIème session, Tours, juin* 1952, 97-210.

238. BROUSSOLE P. et PAUGET. — L'emploi de la prochlorpémazine en pratique psychiatrique. *A.M.Ps.* 1960, 1, 277-287.

239. EY H. — Troubles de la conscience. *E.M.C. Pschiatrie* 37 135 A 10.

240. LHERMITTE F. et CAMBIER J. — Les perturbations somatognosiques en pathologie nerveuse. *A.M.Ps.* 1960, 2, 534-538.

241. LENZ H. — Distorsion du schéma corporel. Wien. *Zeitsch. Nervenheilk* 1960, 17 391-397.

242. EY H., BERNARD P. et BRISSET Ch. — Manuel de Psychiatrie. *1 vol. Masson édit. Paris* 1960.

243. LACASSIN-PEYREVIDAL A. — Formes atypiques et méconnues de la mélancolie Etude clinique et psychopathologique. *Thèse Toulouse Imprimerie Parisienne édit* 1960.

244. AMADO-HAGUENAUER G., GLADSTON E.R., PICARD M. et KLAPAHOUK F. — Etude des préoccupations somatiques chez les schizophrènes *A.M.Ps* 1961, 1, 472-500.

245. ZILLINGER G. — Le problème de « l'hallucination tactile chronique ». Arch Psychiat. Nervenkr. 1961, 202, 223-233

246. RISER M., LABOUCARIE J., PEYREVIDAL-LACASSIN A. et LACASSIN P. — Formes atypiques et méconnues de la mélancolie. *A.M.P.s.* 1961, 1, 3 417-446.

247. FOLLIN S. et AZOULAY J. — La dépersonnalisation. E.M.C. Psychiatrie 37, 125 A 30, 1961.

248. TOLOR A et COLBERT J. — Relation de l'image corporelle et de l'intégration sociale. *Journal of Ment. Sc.* 1961, 107, 1060-61.

249. HALNAN C.R.E. et WRIGHT G.H. — Doigts et orteils dans l'image corporelle et consciente. *Acta Neurol. Scand.* 1961, 37, 50-61.

250 LABOUCARIE J. — Aspects séméiologiques et signification psycho-pathologique. (A propos des mélancolies atypiques). *Toulouse Médical* 1962, 63, 4, 377-388.

251 ALVIN F. — Troubles de l'identification et image corporelle. *Revue française de psychanalyse* 1962, 26, 5-116.

252. EY H. — La notion de « champ de la conscience ». *Evolution Psychiatrique* 1963, 28, 2 209-220.

253. ACKERMANN R. et POMPIANS L. — Stomatologie et psychiatrie. *Actualités odonto-stomatologiques* 1963, 3, 89.

254. FOLLIN S. — Les états oniroïdes. *Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langu efrançaise. Nancy septembre 1963. Masson édit.* 140 p. 1964.

Hypochondrie

255. FALRET P. — La Mélancolie et ses variétés. *A.M.Ps.* 1890, 1, 88.

256. BALLET G. — Traité de Psychiatrie. (Article Séglas). *Paris* 1903. *Doin édit.*

257. ROY P. — De l'Hypochondrie. Etude pathologique et nosologique.*15ème Congrès des neuro-aliénistes de langue française, Rennes* 1905, *1er rapport.*

258. DEJERINE J. et GLAUCKLER E. — Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses. *1 vol. Masson* 1911.

259. De CLERAMBAULT G. — Persécuté hypochondriaque. *Soc. Méd. Ment.* 1923.

260. PERON N. — Idées délirantes de négation au cours d'un tabès. *Bull. soc. clin. méd. ment. juin* 1924, 144.

261. VON MONAKOW et MOURGUE R. — Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psycho-pathologie. *1 vol. Alcan* 1928.

262. HESNARD A. — Le mécanisme psychanalytique de la névrose hypochondriaque. Revue Française de Psychanalyse 1929, no 3.

263. VERMEYLEN E.G. — Etats dépressifs à manifestations purement délirantes. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française. Lille* 1930.

264. DELMAS A. — Les rapports de l'hypochondrie et de la constitution paranoïaque. *Annales Médico-Psychologiques* 1931, 2, 6, 1-7.

265. AMELINE M. — Hypochondrie, guérisseurs et psychologie des masses. *Annales Médico-psychologiques* 1931, 2, 10, 218-271.

266 ABADIE. — L'Hypochondriaque constitutionnel. *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de langue française*, 1931.

267. NATHAN. — Les malades dits imaginaires. *1 vol. Doin éditeur*, 1931.

268. BALVET P. — De l'importance du sentiment de dépersonnalisation dans la pathogénie des délires. Evolution Psychiatrique 1936, 4, 3.

269. BELEY. — Hypochondrie délirante schizophrénique et autre délire. *Gazette des hôpitaux*. Novembre 1937.

270. SCHIPKOWENSKI N. — Notions sur l'hypochondrie. *Zschr. Ges. Netrol. Psychiatr.* 1942, 174.

271. MINKOWSKI E. — A propos de l'analyse de soi. *Journal de Psychologie*, 1948, 3, 331-344.

272. CARDONA R. — Il problema della ipocondria. *Ras. Studi. Psich* 1950, 39, 723.

273. EY. H. — Etudes Psychiatriques t. 2.. *Desclée de Brouwer*. 1950.

274. WEITBRECHT H. J. — Forschr. *Neuro-Psychol.* 1952, 20.

275. BRAUTIGAM W. — Analyse de l'auto observation d'un hypochondriaque. *Nervenarts* 1956, 9.

276 HAFNER et WIESER. — Sur l'hypochondrie. *Archives françaises de Psychiatrie* 1953, 190.

277. HIRCHMANN et KLAGES. — Dépression hypochondriaque. *Archiv. of Neuro-Psych.* 1957, 196, 58.

278. DENIKER P. — Formes cliniques et diagnostic des psychoses thymiques. *Encéphale* 1957, 19.

279. JANZARIK W. — Le contenu hypochondriaque des dépressions cyclo-thymiques dans leurs relations avec le tableau clinique et la personnalité. *Archives françaises de Psychiatrie*, 1957, 195.

280.. JOST et GIBITZ. — Les différences entre les hallucinations corporelles et les douleurs hypochondriaques. *Wien. Zschr. Nerven.* 1957, 14.

281. WULFF E. — L'hypochondriaque et son corps. *Nervenartz* 1958, 29, 2, 60171.

282. PERRIER F. — Psychanalyse de l'hypochondriaque. *Evolution Psychiatrique* 1959, III, 413-433.

283. HAFNER J. — Le développement hypochondriaque. *Nervenartz* 1959, 12.

284. JANZARIK W. — Clinique et psycho-pathologie du syndrome hypochondriaque. *Nervenartz* 1959, 12.

285. VAN DE SCHAAR P.Y. — Sur l'hypochondrie. *Archives suisses de neurologie et psychiatrie* 1959, 33.

286. GREENBERG H. P. — L'hyponchondrie. *Med. J. Australia* 1960, 1, 673-677.

287. NITSCHKE A. — L'hypochondrie chez l'enfant. *Nervenartz* 1960, 31, 24-36.

288. CHRZANOWSKI. — Hypochondrie et neurasthénie. *Traité de Psychiatrie d'Ariéti*, 1960.

289. SICHER J.P. — L'hypochondrie chez les adolescents et les jeunes adultes. *Thèse Strasbourg* 1961, 63.

290. BENOIT G. et WECK G. — Revendication terrienne et hypochondriaque d'expression processive. *A.M.Ps* 1961, 119, 1, 178,-185.

291. ROSOLATO G. — L'hystérie, structures psychanalytiques. *Evolution Psychiatrique* 1962, 225-258.

292. QUIDU M. SOURIS. — Le vécu de douleur chez l'hypochondriaque. *Evolution Psychiatrique* 1963, 23, 3, 455-466.

293. MINKOWSKI E. — Rationalisme morbide et schéma corporel. *A.M.Ps* 1949, 11, 2.

Généralités

294. PINEL. — Traité sur l'aliénation mentale. 1809, 2ème éd. p. 94.

295. CHASLIN PH. — Eléments de séméiologie et clinique mentales. *1 vol. Asselin et Houzeau* 1912.

296. DEJERINE J. — Séméiologie des affections du système nerveux. *Masson Paris* 1914

297. DENY G. — Conscience morbide et cénesthésie. *Encéphale* 1914, 1, 460 466.

299. MINKOWSKI E. — Le temps vécu. *1 vol. d'Artrey. ed. Paris* 1933.

300. CAPGRAS J., BEAUDOUIN et BRIAU R. — L'explication délirante. *A.M.Ps.* 1934, 1, 4, 477-508.

301. ROGER G.H. et BINET L. — Traité de Physiologie normale et pathologique *Masson édit.* 1935.

302. KIERKEGAARD S. — Le concept d'angoisse. *1 vol. trad. Tisseau. Alcan éd.* 1936.

303. SARTRE J.P. — Recherches philosophiques. *La transcendance de l'ego. Boivin* 1936, T. 6, p. 85 à 123.

304. RIBOT. — La pathologie des sentiments. *1 vol. Alcan édit. Paris* 1936.

305. LHERMITTE J. — De l'image corporelle. *Revue neurologique* 1942, 1, 20-38.

306. BOUTONNIER J. — L'angoisse. *1 vol. Presses universitaires de 1945.*

307. MERLEAU-PONTY M. — Phénoménologie de la perception. *1 vol. N.R.F.* 1945..

308. LACAN J. — Propos sur la causalité psychique. *L'évolution psychiatrique* 1947, 1, 123-165.

309. DIGO E. — De l'ennui à la mélancolie. Esquisse d'une sutructure temporelle des états dépressifs. *Thèse Paris* 1947.

310. MINKOWSKI E. L'affectivité. *L'Evolution psychiatrique* 1947, 10, 47-70.

311. ZAZZO R. — Image du corps et conscience de soi. *Enfance* 1948, 1, 29-43.

312. PIAGET J. — La construction du réel chez l'enfant. *Delachaux et Niestlé. ed.* 1948.

313. MINKOWSKI E. — Phénoménologie et analyse existentielle en psychiatrie. *Evolution Psychiatriyue* 1948,

314. LABOUCARIE J. — Les tendances de la Médecine Psycho-Somatique. *Toulouse médical décembre* 1948.

315. STERN E. — Médecine psycho-somatique. Psyché 1949, 27-28, 117-136.

316. LE MAPPIAN M. — Aspects cliniques des états dépressifs. *Encéphale* 1949, 38, 5, 220-244.

317 VALERY P. — Etudes philosophiques. Réflexions simples sur le corps. *La Pléïade N.R.F. edit.* 1950.

318. ELLENBERGER. — Analyse existentielle. Encyclopédie médico-chirurgicale, 37 815.

319. LOPEZ-IBOR J. — Angoisse, existence et vitalité. *Evolution psychiatrique* 1950, 2, 263-293.

320. HUSSERL. — Idées diretrices pour une phénoménologie. *Trad. Ricœur Paris, Gallimard* 1950.

321. SCHMIDT P. — La dépersonnalisation et les limites du moi. *A.M.Ps.* 1951, 208-419.

322. LAFORGUE R., ALLENDY R. — La psychanalyse et les névroses. *Payot* 1951. 208 p.

323. GUIRAUD P. — Psychiatrie clinique. *3ème édit. Le François* 1956.

324. DUCHENE H. — Etudes de Socio-Psychiatrie. *Monographies de l'institut National d'Hygiène. Paris* 1957.

325. LOPEZ-IBOR J. — Analyse structurale de l'expérience de dépersonnalisation L'encéphale 1957, 46, 5-6, 630-638.

326. De AJURIAGUERRA J. et HECAEN H. — Le cortex cérébral. *Etude neuro-psycho-pathol. 2ème édit. Masson* 1960.

327. BALINT. — Le médecin, son malade et la maladie. *1 vol. P.U.F. Paris* 1960.

328. BENNETT D.H. — Le concept du corps. *J. Ment. Sc.* 1960, 442, 56-75.

329. EASON W.M. — La représentation du corps et l'auto-représentation chez les enfants .*Arch. of Gener. Psychiatry* 1961, 4, 619-621.

330. DAUMEZON G. et LANTERI-LAURA G. — Signification d'une séméiologie phénoménologique. *Encéphale* 1961, 50, 478-511.

331. AZIMA H., LEMIEUX M., AZIMA J.F. — Isolement sensoriel. Etude psychanalytique et psycho-pathologique de la régression et du schéma corporel *Evolution psychiatrique* 1962, 11, 259-282.

332. LUQUET P. — Les identifications précoces dans la structuration et la restructuration du moi. *Revue française de Psychanalyse,* 1962, 26, 117-315.

333 EY H. — La conscience. 1 *vol. P.U.F.* 1963.